

Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização de Enfermagem de Saúde
Infantil e Pediatria

Relatório de Estágio

Despertar para um Cuidar Culturalmente
Competente:

Contributo do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria

Sandra Inês Gomes Carneiro

Lisboa

2018

Three thick, wavy green lines of varying shades (light green, medium green, and dark green) sweep across the bottom right corner of the page, creating a dynamic, organic feel.

Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização de Enfermagem de Saúde
Infantil e Pediatria
Relatório de Estágio

Despertar para um Cuidar Culturalmente
Competente:
Contributo do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria


Sandra Inês Gomes Carneiro

Orientador: Professora Doutora Maria Manuela Soveral

Lisboa

2018

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



No matter where you come from.

No matter where you live.

No matter what you believe in.

No matter who you love.

No matter the colour of your eyes.

No matter the colour of your skin.

No matter our differences,

We all have the same heart.

Open your heart.

(Rituals, 2017, p.3)

DEDICATÓRIA

O primeiro grande agradecimento só poderia ser para a professora Manuela Soveral, que com tamanha paciência e simpatia me deu alento para terminar este relatório!

Mais do que a qualquer outra pessoa, é a si a quem mais devo o término do Mestrado.

Deixo um agradecimento especial aos orientadores de estágio (Enfermeiras Catarina Amaro, Fernanda Silva, Rosália Nascimento, Susana Lima, Mafalda Machado e Margarida Moreira) e seus responsáveis, que permitiram a concretização de todas as etapas propostas.

Quero agradecer à Enfermeira Joana Galveia Vieira, que me permitiu múltiplas trocas de turnos, uma vez que por impossibilidade do serviço não me foi concedido o estatuto trabalhador estudante.

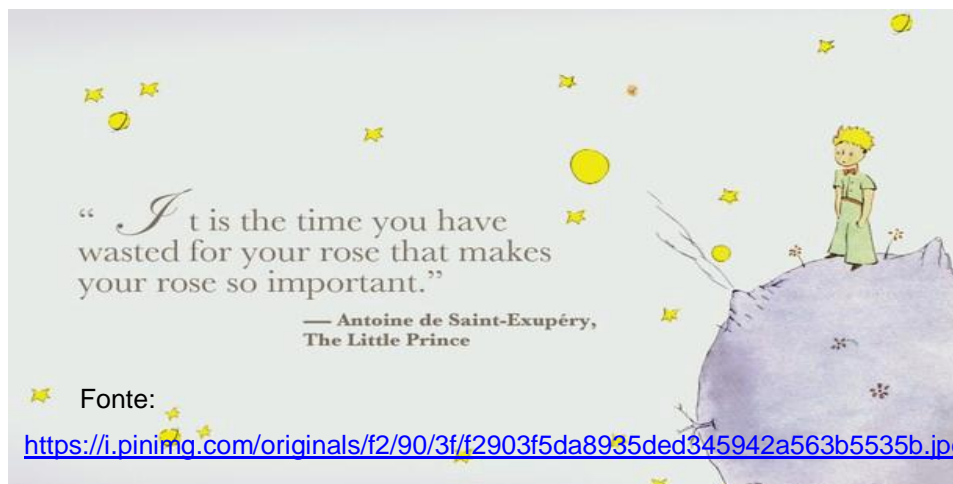
Um caloroso agradecimento à minha família (mãe Ana Júlia, pai Augusto, manas Alexandra, Anita, Teresa e namorado David Trancoso), sempre transbordante de um amor, amizade, cumplicidade e compreensão infinitos e inabaláveis.

Impossível não agradecer à minha querida amiga Ana Rita Gomes, que tanto me motivou, a minha grande companheira em todo este percurso.

Ao Tiago Ângela, que acreditou em mim quando eu não acreditei... Obrigada! Ana Lopes, Magui Dias, Dália Caeiro... muito obrigada por tudo!

...a palavra “obrigada” parece ser insuficiente para agradecer a quem tanto me apoiou e acreditou em mim...mas está acompanhada de um sentimento de gratidão e de afeto sem fim, que, espero, que estas folhas de papel consigam transmitir!

A todos, muito obrigada!



LISTA DE SIGLAS E ACRÓNIMOS

ACM – Alto Comissariado para as Migrações

CCF – Cuidados Centrados na Família

CNAIM – Centro Nacional de Apoio à Integração Migrantes

DGS – Direcção-Geral da Saúde

EESIP – Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria

EEESCJ – Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem

ET – Enfermagem Transcultural

HA – Hospital de Agudos

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PNSIJ – Plano Nacional de Saúde Infantil e Juvenil

RN – Recém – nascido

SM – Sunrise Model

SUP – Serviço de Urgência Pediátrica

STT – Serviço de Tradução Telefónica

TDUCC – Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural

UC – Unidade Curricular

UCINP – Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais e Pediátricos

USF – Unidade de Saúde Familiar

RESUMO

Com fronteiras cada vez mais permeáveis à mobilidade das famílias e com uma sociedade em constante mutação económica, social, tecnológica e cultural, a acompanhar a evolução do tempo, a pluralidade de culturas e subculturas, bem como a transformação das já existentes, tem-se feito sentir na realidade portuguesa. Independentemente de tudo, é a pessoa que necessita de cuidados quem assume uma posição central, ativa e decisiva nos serviços de saúde, é quem está no centro dos cuidados. As diferenças que a diversidade cultural acarreta, mais do que as similitudes, trazem uma inevitável implicação para a relação Enfermeiro/criança/família, o que pode limitar a prestação de cuidados para quem raça, etnia, género, classe social, padrões de vida, idade, língua, etc, surgem como barreiras. O sentido para quebrar barreiras, ou mesmo impedir que surjam, compreender e respeitar as diferenças culturais e subculturais, evitar o choque cultural, o etnocentrismo e manter a identidade cultural das famílias, é o da formação constante e aprofundada, formação avançada, sensibilização para a complexidade da multi e interculturalidade e o desenvolvimento da competência cultural, lado a lado com a sensibilidade cultural, elementos de importância capital integrados na filosofia de cuidados oferecida pela Enfermagem Transcultural com Madeleine Leininger, como a Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidar e o Modelo *Sunrise*.

Despertar para a competência cultural é muito mais do que conhecer as diferenças culturais e subculturais, é uma forma de munir os intervenientes do sistema de saúde de habilidades para integrar, articular, nunca negligenciar, e compreender as representações da cultura na saúde e na doença e o que implicam para a humanização do cuidar culturalmente congruente.

Palavras-chave: Criança, Família, Competência Cultural, Sensibilidade Cultural, Enfermagem Transcultural

ABSTRACT

With boundaries getting more permeable to the mobility of families and with a society that is constantly changing economically, socially and culturally, to follow the evolution of time, the plurality of cultures and subcultures, as well as the transformation of existing ones have been felt in the Portuguese reality. Regardless, it is the person who needs care who takes a central, active and decisive position in health care, placing the individual at the center of care. The differences that cultural diversity entails, rather than the similarities, bring an unavoidable implication to the nurse / child / family relationship, which may limit the provision of care for whom race, ethnicity, gender, social class, living standards, age, language, etc., appear as barriers. The purpose of breaking down barriers, or even preventing them from arising, of understanding and respecting cultural and sub-cultural differences, avoiding culture shock, ethnocentrism and maintaining the cultural identity of families, is that of constant and in-depth training, advanced training, for the complexity of multi and interculturality and the development of cultural competence, side by side with cultural sensitivity, elements of capital importance integrated in the philosophy of care offered by Transcultural Nursing with Madeleine Leininger, such as the Theory of Diversity and Universality of Care and Sunrise Model.

Awakening to cultural competence is much more than knowing cultural and subcultural differences, it is a way of providing the health system actors with the skills to integrate, articulate, never neglect and understand the representations of culture in health and disease and the which it implies for the humanization of care in a cultural competent care.

Keywords: Child, Family, Cultural Competence, Cultural Sensitivity, Transcultural Nursing

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	16
1. IDENTIFICAÇÃO E CARACTERIZAÇÃO DA PROBLEMÁTICA	19
2. CONCEITOS E TEORIAS SOBRE O CUIDAR CULTURALMENTE CONGRUENTE	22
2.1 - Conceitos Centrais da Diversidade Cultural.....	22
2.2 - Enfermagem Transcultural (ET)	30
2.3 - Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural	31
2.4 - Modelo <i>Sunrise</i>	33
2.5 - Desenvolver o Cuidar Culturalmente Congruente	34
2.5.1 - Componentes da Competência Cultural	34
2.5.2 - Elementos que Desenvolvem a Competência Cultural.....	35
2.5.3 - Mnemónica Estratégica para o Desenvolvimento da Competência Cultural	36
2.5.4 - Competências de Domínio Intercultural	36
2.6 - Mapa conceptual	39
3. CAMINHANDO E CONSTRUINDO.....	40
3.1 - Consulta de Vigilância de Saúde Infantil e Pediatria	44
3.2 - Centro de Acolhimento de Migrantes	47
3.3 - Cuidados Intensivos Neonatais e Pediátricos	49
3.4 - Urgência Pediátrica.....	54
3.5 - Internamento Médico – Cirúrgico de Pediatria em contexto público e em contexto privado	57
3.6 - Sintetizando... ..	64
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS E PROJETOS FUTUROS	68
4.1 - Projetos Futuros.....	70
5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	72
APÊNDICES	
APÊNDICE I – Reflexão sobre o Estágio numa Unidade de Saúde Familiar	
APÊNDICE II – Reflexão sobre o Estágio num Centro de Apoio à Integração Migrante	
APÊNDICE III – Reflexão sobre o Estágio no Internamento Médico-Cirúrgico de Pediatria, nas vertentes pública e privada	

APÊNDICE IV – Reflexão sobre o Estágio numa Urgência Pediátrica

APÊNDICE V – *Scoping Review*

ANEXOS

ANEXO I – Medos Normais Mais Frequentes

ANEXO II – Termos a Evitar e Termos a Utilizar

ANEXO III – Colheita da História da Dor

ANEXO IV – Guia de Dicas para os Pais/Família

ANEXO V – Lee Cultural Sensitivity Tool: Hispanic Version

ANEXO VI – Diagrama *Sunrise Model*

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – *Sunrise Model*33

Figura 2 – Mapa conceptual39

INTRODUÇÃO

O presente relatório constitui-se como elemento imprescindível à conclusão da Unidade Curricular Estágio com Relatório, integrado no Plano de Estudos do 7º Curso de Mestrado e Pós Licenciatura em Enfermagem na área de Especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria (CMPLESIP) da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

Pretende-se com o relatório a caracterização, descrição e análise reflexiva que, de uma forma estruturada, seja elucidativa do decorrer dos estágios, bem como do desenvolvimento das competências de enfermeiro especialista a que me propus nos diferentes contextos que a ordem dos Enfermeiros contempla como imprescindíveis para a aquisição do título de Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria (EEESIP).

O convívio entre culturas, cada vez mais regular, no contexto da globalização económica, social e cultural que vivemos, tem-se mostrado um autêntico desafio. Numa sociedade cada vez mais multicultural, a cultura e as especificidades culturais e subculturais têm enorme influência na forma de sentir, de pensar e de agir das famílias (Ramos, 2016). As crenças e as representações que as famílias têm sobre a saúde e a doença, sobre cuidados de saúde ou dos próprios serviços de saúde, influenciam fortemente a sua visão de saúde e a procura dos serviços de saúde (*Ibid*). A experiência e o significado de doença/saúde, bem como do tratamento estão enraizados em determinadas e diferentes crenças e valores culturais aos quais os cuidados de saúde devem ser sensíveis (Leininger 1991; Leininger & McFairland, 2002). Significa que os profissionais de saúde devem deter o conhecimento e as habilidades necessários para promover cuidados de excelência a doentes de diferentes culturas. Isto significa que os cuidados de saúde devem ser culturalmente competentes (Leever, 2011).

Explorar esta temática deveu-se não só à pertinência relacionada com a realidade multicultural que hoje vivemos, mas também à realidade do serviço onde exerço funções, bem como à premente vontade de responder de forma culturalmente congruente e adequada às necessidades da criança no seu seio familiar, tornando o cuidar, efetivamente, centrado em si e na sua família, pois

sabemos que as decisões de Enfermagem afectam significativamente a vida das pessoas, tanto no presente, como no amanhã, e que, no domínio da prática, se entroncam os aspectos relacionados com os padrões de excelência, as *legis artis*, o juízo deontológico, decorrente da assunção de deveres estatuídos (Nunes, Amaral & Gonçalves, 2005, p.10)

A mudança só acontece quando caracterizamos a realidade, reconhecemos a problemática e, gradualmente, implementamos medidas, que face essa problemática, abram caminho para a excelência do cuidar. As recomendações e conclusões de estudos e de peritos na área apontam para o desenvolvimento de ações de formação e de sensibilização dirigidas aos profissionais de saúde, como plano estratégico para se alcançar uma eficaz e consistente abordagem culturalmente congruente, da criança e família, hospitalizada ou não. Todos os profissionais de saúde mas, principalmente os Enfermeiros, pela relação que criam com as pessoas, precisam conhecer e compreender as suas culturas, as suas singularidades comunicacionais, as suas crenças, as suas convicções, os seus estilos e padrões de vida, os seus comportamentos de saúde, as suas práticas de cuidados, bem como a forma como cada família se relaciona com estes elementos. É, por isso, importante desenvolver uma prestação de cuidados culturalmente competentes e competências interculturais (Ramos, 2016).

Objetivos gerais:

- Desenvolver competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria;
- Desenvolver competências para uma prestação de cuidados culturalmente competente e sensível;

Podemos ver o presente trabalho demarcado por quatro capítulos: Identificação e caracterização da problemática; enquadramento conceptual, o qual está repartido em cinco subcapítulos; percurso de desenvolvimento de competências e, por fim, as considerações finais e os projetos futuros, após os quais se seguem as referências bibliográficas, os apêndices e os anexos.

Com este relatório pretende-se contribuir, através da sensibilização para a singularidade das necessidades culturais da criança/do jovem e família, para que os profissionais reconheçam, compreendam, estejam conscientes, sejam sensíveis e aceitem as diferenças culturais e subculturais das famílias, estabelecendo-se como

grande finalidade a promoção de cuidados de Enfermagem culturalmente competentes.

Este relatório foi elaborado com recurso ao Guia Orientador para a Elaboração de Trabalhos Escritos da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, e de acordo com as normas de citação e referência bibliográfica *American Psychological Association* (APA) (Lopes, 2013).

1. IDENTIFICAÇÃO E CARACTERIZAÇÃO DA PROBLEMÁTICA

Existe atualmente um grande número de famílias de diferentes culturas e subculturas nas instituições de saúde portuguesas, o que requer a preparação dos seus profissionais no sentido de tornar a sua prestação de cuidados culturalmente congruente.

Encontram-se já inúmeros estudos voltados para a multiculturalidade, nomeadamente, a Enfermagem Transcultural, conceção introduzida por Madeleine Leininger, na década de 50, ao constatar que o comportamento das crianças e famílias era fortemente influenciado pela sua cultura (Moura, Chamilco & Silva, 2005; Oriá, Ximenes & Alves, 2005). Esta visão dos cuidados de Enfermagem tem sido a linha orientadora para um cuidar culturalmente congruente, que não só acompanhou a evolução dos tempos, como ganhou mais sentido e valor, pois contempla a influência da dimensão cultural como sendo determinante para a forma como cada criança/jovem e família vive a sua saúde e/ou a sua doença e, naturalmente, para a forma como o enfermeiro gere e humaniza os seus cuidados (Braga, 1997; Crespo, Rodrigues, Vicente, Amendoeira & do Céu, 2014).

É a Enfermagem Transcultural que, ao despertar e sensibilizar o enfermeiro para as crenças, os costumes, os valores e modos de vida exclusivos das famílias, de acordo com a sua cultura ou subcultura, o dota de subsídios teórico-práticos para a tomada de decisão e as intervenções culturalmente congruentes (*Ibid*). A Enfermagem Transcultural direciona, assim, o enfermeiro para uma visão holística do cuidar ao estudar o comportamento humano sob a força dos diferentes contextos culturais (*Ibid*). É, então, fundamental que o enfermeiro encare a crescente diversidade cultural como uma “*riqueza cultural*” que traz desafios para o seu país e, consequentemente, para a sua prestação de cuidados (Brito, Vicente, Reis & Amendoeira, 2015).

Porque nem todos veem na diversidade tamanha riqueza, verificam-se desigualdades no cuidar, quer em famílias de baixa classe socioeconómica, quer em famílias de classes socioeconomicamente mais elevadas, embora por motivos diferentes. Na relação com os clientes os enfermeiros podem confrontar-se com princípios, práticas e estilos de vida particulares com os quais não estão familiarizados e que, no primeiro caso, podem levar a atitudes normativas e/ou

paternalistas e nas famílias com mais poder económico conduzir a posturas preconceituosas.

Está documentado por inúmeros autores que as desigualdades no cuidar estão mais associadas às classes socioeconómicas mais baixas (Matthews-Juarez & Juarez, 2011). Não tão documentado está o facto de também poder haver desigualdades no cuidar em famílias de classes sociais mais elevadas, devido às suas particularidades, pelo que este projeto enfatiza a necessidade de respeitar as diferenças culturais, nomeadamente no que toca às discrepâncias de estatuto socioeconómico.

Tal como pode haver desigualdade na prestação de cuidados de saúde em famílias mais empobrecidas, notei que também é possível que tal aconteça em famílias mais favorecidas economicamente, mas por motivos diferentes. No contexto de uma instituição privada, a relação com famílias de diferentes culturas e, na maioria das vezes, pertencentes a classes socioeconómicas elevadas é muito frequente. Classes sociais mais elevadas podem ter características e formas muito próprias de exercer a sua parentalidade, nomeadamente, a delegação de muitas “tarefas/funções” em amas ou empregadas, decorrente da gestão dos recursos e da representação da parentalidade de cada família, e que lhes traz funcionalidade. Não tem que ver com distanciamento entre os elementos da família. No entanto, observam-se disposições preconceituosas e depreciativas e, conseqüentemente, comportamentos de evicção para com determinadas famílias. Os enfermeiros podem ser, por vezes, etnocêntricos e preconceituosos. Esta é uma tendência que surge naturalmente quando se cuida de crianças/jovens e famílias com culturas ou subculturas diferentes daquelas com que habitualmente lidamos (Hockenberry & Wilson, 2014).

A evidência encontrada em torno da transculturalidade contribui para o desenvolvimento de conhecimentos imprescindíveis à prestação de cuidados culturalmente congruentes, já que para poder cuidar em contextos culturalmente variados, os enfermeiros têm de se formar no sentido de realizar intervenções de enfermagem, também elas variadas e culturalmente congruentes (Hockenberry & Wilson, 2014).

Para sublinhar a pertinência desta problemática destaco que a necessidade de cuidados de enfermagem culturalmente competentes tem sido divulgada e

debatida não só durante a formação acadêmica, mas também se encontra contemplada pela Ordem dos enfermeiros (2010a, 2010b, 2011a), bem como na Convenção dos direitos humanos (ONU, 2006), e no Código Deontológico do Enfermeiro (Nunes, Amaral & Gonçalves, 2005).

Com o aumento da multiplicidade racial, ética e cultural é imperioso que os enfermeiros se tornem competentes em Enfermagem Transcultural (Munoz & Luckmann, 2005 citado por Hockenberry & Wilson, 2014).

na procura permanente da excelência no exercício profissional, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem persegue os mais elevados níveis de satisfação da criança/jovem, tendo em conta a parceria de cuidados estabelecida com os pais ou pessoa significativa/prestador informal de cuidados, constituindo-se como elementos importantes: (...) o respeito pelas crenças e cultura da criança/jovem promovida através do seu relacionamento com a mesma; a procura constante de empatia no estabelecimento de uma comunicação com a criança/jovem utilizando técnicas apropriadas à idade e estágio de desenvolvimento e culturalmente sensíveis (...) (Ordem dos Enfermeiros, 2011a, p.18).

E é neste contexto que destaco a extrema pertinência desta problemática, pois ao debatermos com os enfermeiros a importância de conhecermos, respeitarmos, compreendermos e aceitarmos as diferenças para a funcionalidade e dinâmica de cada família, incentivamos as famílias para perpetuarem a sua tão característica cultura ou subcultura, mesmo que se trate de uma minoria. Estaremos, assim, a promover um espírito de abertura, flexibilidade, sensibilização, de envolvimento e proximidade para com as famílias. Cada criança/jovem e família possuem as suas “lentes culturais”, através das quais veem e interpretam o mundo, pelo que só é possível que essas famílias e os profissionais de saúde cheguem a um “*encontro clínico*” se houver consciência dessa visão cultural (Hockenberry & Wilson, 2014, p.21).

2. CONCEITOS E TEORIAS SOBRE O CUIDAR CULTURALMENTE CONGRUENTE

No presente capítulo seguem-se os conceitos centrais da diversidade cultural. Para o desenvolvimento de uma consciência e de um conhecimento cultural é de extrema importância que tais conceitos sejam do domínio do enfermeiro.

2.1 - Conceitos Centrais da Diversidade Cultural

Para a construção do enquadramento conceptual foi fundamental a clarificação dos conceitos e concepções centrais desta temática. São eles: cultura, subcultura, classe socioeconómica, estatuto socioeconómico, identidade cultural, herança cultural, estereótipo, preconceito, etnocentrismo, choque cultural, sensibilidade cultural, competência cultural e Enfermagem Transcultural. Após a pesquisa e leitura bibliográfica em torno da problemática foram selecionados e estruturados os temas que, do ponto de vista da autora, permitem desenvolver a competência cultural e transformar o enfermeiro num verdadeiro enfermeiro transcultural (Leininger, 1988, 1990, 1991).

Cultura e Subcultura

A cultura consiste na “*totalidade de padrões de comportamento*” (Purnell & Paulanka, 2010, p.468). Agrega indivíduos que compartilham normas, costumes, práticas, estilos de vida, crenças, valores, leis, características de pensamento, relações sociais, políticas, economia, “*e todos os produtos de trabalho humano*” que se perpetuam de geração em geração, que orientam a visão do mundo das diferentes culturas e, naturalmente, as suas deliberações na vida. Em cada cultura há especificidades que são aprendidas, integradoras e socialmente satisfatórias (Purnell & Paulanka, 2010, p.468; Hockenberry & Wilson, 2014).

São características primárias da cultura a idade, raça, nacionalidade, filiação religiosa, o género e a cor (Purnell & Paulanka, 2010). Já as características secundárias incluem o estatuto socioeconómico, as crenças políticas, o grau de

escolaridade, a ocupação, orientação sexual, o estado civil, *status* parental, as características físicas, entre outras (*Ibid*).

De salientar que a cultura representa um pilar básico para os comportamentos parentais, que propiciam a educação e o desenvolvimento das crianças (Melendez, 2005 citado por Hockenberry & Wilson, 2014).

Subcultura, por sua vez, consiste na partilha, por um grupo de pessoas, de elementos culturais. É um conceito de grande interesse em sociedades diferenciadas e complexas como as de hoje, pois reflete a diversidade de classes, grupos, etnias e raças nela presentes. Existe num grupo de pessoas que partilham elementos culturais comuns, mas que podem diferir da cultura dominante, isto é, podem aceitar certas características da cultura dominante, mas têm crenças e sentimentos únicos do seu próprio grupo (Purnell & Paulanka, 2010).

Podemos, assim, distinguir diversas subculturas numa só cultura, cada uma com identidade própria (*Ibid*). A própria família pode ser considerada uma subcultura (Las Casas, 2008). Conforme crescem, as crianças são integradas numa determinada subcultura e não na cultura como um todo, pelo que as suas diferenças comportamentais têm uma base cultural (Leininger, 1991; Hockenberry & Wilson, 2014). Esta inclusão das crianças numa subcultura é quase inconsciente, involuntária até, pois elas nascem numa família, já com uma herança racial ou étnica, crenças religiosas e nível socioeconómico próprios (Hockenberry & Wilson, 2014). São as influências subculturais, como a etnicidade, classe social, profissão, entre, que parecem ter a maior influência na educação e desenvolvimento das crianças (*Ibid*).

As culturas e subculturas dotam as famílias de grande originalidade e de uma forma tão subtil que, desde muito cedo, as crianças crescem a pensar que os seus costumes, as suas atitudes e crenças, os seus valores e práticas são universais. Este misto de valores apreendidos desde a nascença tende a estar representado nos comportamentos das crianças por toda a sua vida, influenciando os seus objetivos a curto e longo prazo e as suas tendências (Hockenberry & Wilson, 2014).

Classe Socioeconómica e Estatuto Socioeconómico

A classe socioeconómica exerce influência sobre o modo e a visão do mundo das pessoas, que não pode deixar de ser contemplada (Purnell & Paulanka, 2010). Os papéis sociais “*são criações culturais; portanto a cultura prescreve padrões de comportamento para pessoas das mais variadas posições sociais*” (*Ibid*, p.23). As famílias de classe média ou alta têm possibilidades e recursos para além dos que são proporcionados pela sua família (*Ibid*), o que pode justificar o facto de frequentemente os pais delegarem em amas ou em outros cuidadores informais o cuidado dos filhos. Também para Campinha-Bacote (2011), os grupos culturais têm na sua base, além da linguagem, orientação política ou religiosa, entre outros aspetos, o estatuto socioeconómico.

Perante a diversidade subcultural que tem por base os fatores socioeconómicos, o enfermeiro deve assumir o compromisso de equidade, de advocacia, de respeito, de compreensão, de reconhecimento e de preservação da identidade cultural (Nunes, Amaral & Gonçalves, 2005; Campinha-Bacote, 2011), para evitar disparidades no cuidar relacionadas com o estatuto socioeconómico das famílias.

As ligações intrafamiliares são modeladas em função da classe social a que se pertence, sendo que, também é a estrutura social que determina normas de comportamento, como já referido anteriormente (Marcellesi, & Gardin, 1975). Todas as vezes que a criança escuta ou se pronuncia verbalmente, vemos nela refletida a sua estrutura social integrada numa herança cultural, o que forma a sua identidade social. Ao mesmo tempo que constrói a sua personalidade social, a criança desenvolve a sua atitude face ao mundo (*Ibid*).

Podem parecer semelhantes, mas os termos que dão título a este subcapítulo não têm o mesmo significado. Assim sendo, o estatuto socioeconómico provém da classe socioeconómica e diz respeito à qualidade de vida que a família adquiriu e à posição socioeconómica que ocupa na estrutura da sociedade, o que tem por base os seus recursos socioeconómicos (*Ibid*).

Identidade Cultural

A identidade cultural diz respeito ao sentimento de pertença a uma determinada cultura/subcultura, ao sentimento de orgulho pelas particularidades da própria cultura que permitem identificar e distinguir uma cultura de todas as outras.

“É particularmente difícil para as pessoas tentarem manter uma identidade dentro de uma subcultura, quando vivem e se adaptam aos requisitos de uma cultura dominante” (...) “as linhas transculturais estão cada vez mais ténues, do mesmo modo que as subculturas vão sendo assimiladas e misturadas numa cultura dominante (...)” (Hockenberry & Wilson, 2014, p.25).

Muito associado ao significado da identidade cultural está o relativismo cultural, que traduz a crença de que as práticas e os comportamentos dos sujeitos só podem ser apreciados segundo o seu contexto cultural (Purnell & Paulanka, 2010). Ora, adequando as práticas aos diferentes contextos poderemos honrar a identidade cultural das famílias (Racher & Annis, 2007).

A identidade cultural das pessoas deve ser reconhecida e acomodada pelo estado, bem como todas as pessoas devem ser livres para expressar a sua identidade cultural sem ser discriminadas nos vários aspetos das suas vidas (UNDP, 2004)

Abreu (2001) afirma que a herança cultural se perpetua de geração em geração pelas aprendizagens adquiridas ao longo do tempo.

Aculturação

As pessoas de diferentes culturas e subculturas sofrem, inevitavelmente, um processo de aculturação. Este processo é mais evidente na população migrante e refere-se à capacidade que um indivíduo/grupo de determinada cultura tem para se inserir, integrar e aprender os comportamentos, valores, tradições, rotinas, normas e estilos de vida da cultura da sociedade/comunidade dominante onde são acolhidos (Leininger, 2001). Inclusivamente, as crianças, por meio dos seus pares, aprendem, apreendem e adotam outras características culturais com maior facilidade e, por isso, diz-se que se aculturam mais (Andrews & Boyle, 2012).

De acordo com Berry (2004), o processo de aculturação existe tanto na sociedade imigrante, como na de acolhimento, mas é a população imigrante quem sofre o maior impacto. Graves (1967), citado por Berry (2004), refere que a aculturação pode ter repercussões psicoemocionais para a pessoa que se depara e vive, em tão pouco tempo, com múltiplas experiências e mudanças decorrentes da relação e interação com culturas que diferem da sua, e nem precisam ser culturas dominantes.

A aculturação decorre com as influências da identidade e herança cultural do indivíduo e do sentimento de identificação para com a sociedade de acolhimento. Pode acontecer a **integração** – quando existe interesse da sociedade que acolhe e do indivíduo acolhido em manter e perpetuar a cultura não dominante; a **assimilação** – quando os indivíduos preferem não manter a sua herança cultural deixando que tradições, valores, crenças, convicções, padrões, etc, influenciem ou mudem a sua visão do mundo e o seu modo de viver; a **separação** – acontece quando o indivíduo/grupo tenta não só manter inabalável a sua cultura de origem e o modo como a vive, mas, ao mesmo tempo, evita relacionar-se com pessoas de culturas diferentes, afastando-se; e, por último, a **marginalização** – isto é, quando há pouco ou nenhum interesse em preservar a identidade e herança cultural do indivíduo por parte da sociedade que acolhe (Berry, 2004; Andrews & Boyle, 2012).

A menção às diferentes formas de aculturação é de extrema importância para compreensão da problemática presente no relatório.

Estereótipo e Preconceito

Os estereótipos consistem em ideias, opiniões, crenças ou concepções excessivamente simplificadas e/ou generalizadas sobre algum dos elementos de uma pessoa ou de um grupo de pessoas, tornando-a supérflua. Os estereótipos nem sempre têm uma conotação negativa (Racher & Annis, 2007; Purnell & Paulanka, 2010), no entanto e, independentemente disso, podem influenciar o cuidar por parte dos enfermeiros.

Como o próprio termo traduz, preconceito é um conceito pré concebido, antecipado, sem um fundamento racional, que conduz as pessoas a avaliarem algo ou alguém, de forma maioritariamente negativa. “*É uma disposição adquirida cujo*

objetivo é uma diferenciação social” (Rodrigues, 2015, p.4). Tem que ver com a formulação de ideias e opiniões negativas preconcebidas sobre o que quer que seja. O preconceito é um profundo sentimento de desagrado e incompreensão para com as crenças, as aparências e os costumes (Racher & Annis, 2007 citado por Hockenberry & Wilson, 2014), que está, indiscutivelmente, intimamente ligado ao etnocentrismo e que favorece o choque cultural.

Etnocentrismo

O etnocentrismo decorre com frequência, quando, dentro de um grupo/comunidade existe uma característica ou várias, que dominam sobre outras, o que torna os elementos com características pouco capazes ou incapacidade de compreender e aceitar os comportamentos e as crenças de outras culturas, que não são dominantes (Hockenberry & Wilson, 2014). Acontece quando uma pessoa assume uma postura de sobrevalorização da própria cultura e/ou subcultura em detrimento de todas as outras, acreditando que só as suas formas de pensar e agir são únicas, certas, e as mais adequadas. Acredita que, quem difere está errado, é estranho ou bizarro. A pessoa etnocêntrica assume que os seus valores, crenças e percepções, “*lentes culturais*” (Hockenberry & Wilson, 2014, p.21), são as mais corretas e melhores e, por isso, pode cair no erro da prática da imposição cultural, isto é, de uma imposição abusiva das perspectivas da sua própria cultura. Os maiores estereótipos étnicos provêm de visões etnocêntricas (*Ibid*).

Choque Cultural

A clarificação deste conceito surge logo a seguir ao de etnocentrismo, pois o etnocentrismo conduz frequentemente ao choque cultural, colocando em causa a identidade e a herança cultural de uma família. O choque cultural traduz a incapacidade para agir perante práticas culturais completamente diferentes dos valores e das crenças que conhecemos (Hockenberry & Wilson, 2014). O estereótipo, o etnocentrismo, o preconceito e, por vezes até, o racismo podem estar na base de um eventual choque cultural.

O choque cultural e o mal-estar que daí advém podem acontecer a um cliente durante o seu internamento ou ao enfermeiro que cuida de famílias com distintos “*backgrounds*” culturais (*Ibid*). Não só os imigrantes, mas pessoas de um mesmo grupo subcultural podem deparar-se com um choque cultural, quando se veem perante costumes de um subgrupo ou em situações desconhecidas às quais têm de se adaptar (*Ibid*).

Os aspetos culturais e sociais podem dificultar ou mesmo criar barreiras aos cuidados de saúde. Por um lado, pela influência na forma de conceber a saúde/a doença e o recurso aos cuidados de saúde das diferentes culturas, por outro, pelas dificuldades que os enfermeiros têm em lidar com pessoas de culturas e subculturas diferentes, “*nomeadamente ao nível linguístico, comunicacional, relacional e cultural*” (Ramos, 2016, p.252 e p.253). São vários os fatores que podem conduzir a reações negativas por parte dos enfermeiros. O contacto com a diferença cultural nos cuidados de saúde pode despertar reações como insegurança, frustração, rejeição, estereotipagem, preconceito, abandono, evicção, atitudes etnocêntricas, e de discriminação por parte do enfermeiro (Hendson, Reis & Nicholas, 2015; Ramos, 2016), provocadas, por exemplo, por barreiras linguísticas, incluindo linguagem específica de um grupo subcultural, impeditivas de uma comunicação eficaz e da relação intercultural (Ramos, 2016). “*Os hábitos e costumes, tais como os diferentes papéis comportamentais ou de etiqueta e as diferenças nas atitudes e nas crenças*” (Hockenberry & Wilson, 2014, p.24) podem ser confusos para quem se depara com um ambiente diferente, como é o caso da hospitalização, por exemplo. Quando a criança/o jovem e família vivenciam o choque cultural, devido à mudança de ambiente, podem ter sentimentos de medo, solidão e isolamento (*Ibid*).

Competência Cultural e Sensibilidade Cultural

Na evidência apurada constatou-se que os vários autores que estudam a multiculturalidade utilizam diferentes termos quando se referem às aptidões necessárias para prestar cuidados personalizados e humanizados tendo em conta a cultura de cada pessoa/família. Ao longo do trabalho, o termo maioritariamente utilizado será “competência cultural”, embora muitos autores utilizem “Cuidar Cultural” ou “Cuidar Culturalmente Congruente” com o mesmo sentido.

A competência cultural é um processo que se desenvolve (Goode & Jones, 2006), não é mais do que deter o saber, o talento e habilidade para prestar cuidados congruentes com as práticas culturais próprias das famílias (Purnell & Paulanka, 2010). Implica compreensão, empatia, flexibilidade e abertura para os sentimentos das famílias, bem como curiosidade, interesse e disposição para conhecer as suas particularidades culturais (Hockenberry & Wilson, 2014), incluindo as suas preferências (Goode & Jones, 2006). É concebida como um conjunto em articulação de atitudes, comportamentos, princípios e políticas que se expressam entre os profissionais, num serviço ou numa organização, e que permitem intervir adequadamente em situações interculturais (Cross *et al.*, 1989).

A competência cultural, muito ligada à teoria que fundamenta a prática, passa por intervenções que servem, que apoiam, capacitam, facilitam e salvaguardam os valores, crenças e modos de vida das pessoas, para que, assim, se promovam cuidados de Enfermagem e bem-estar distintos (Crespo, Rodrigues, Vicente, Amendoeira & do Céu, 2014).

A competência cultural pode ser trabalhada ao nível de diferentes dimensões: individual/interpessoal, centralizada nos profissionais; de serviço (educativo, social, de saúde, ente outros); e organizacional/institucional (centros de saúde, hospitais, escolas, e outras) (Ramos, 2016).

Ao contrário do que possa parecer, sensibilidade cultural e competência cultural não são sinónimos. Uma não devia existir sem a outra, mas a verdade é que existe, isto é, ser sensível não significa, necessariamente, ser competente. Podemos ser sensíveis às diferenças culturais/subculturais de quem cuidamos e, simplesmente, não fazer nada para corresponder às mesmas. Mas o que torna um cuidar verdadeiramente holístico é a harmonia entre estas duas vertentes. A sensibilidade cultural não é mais do que a perceção das diferenças e das similitudes culturais (*Ibid*). Está muito ligada à dimensão pessoal do enfermeiro, à sua personalidade, permitindo-lhe valorizar o contexto cultural ou étnico da pessoa cuidada, apesar de poder ser diferente do seu (e muitas vezes é). A sensibilidade cultural pode conduzir à competência cultural (Purnell & Paulanka, 2010). Foi a sensibilidade cultural, a consciência das diferenças culturais que me fez querer desenvolver um cuidar culturalmente competente.

2.2 - Enfermagem Transcultural (ET)

É necessário compreender a Enfermagem, mais propriamente, a Enfermagem Transcultural, como prática social, pois uma excelente prestação de cuidados depende da capacidade do Enfermeiro para identificar e compreender as necessidades de saúde e as expectativas das pessoas, bem como a potencialização das suas qualidades, no contexto sociocultural em que se integra (Zoboli & Schveitzer, 2013). Se a prática de Enfermagem não considerar os elementos culturais e subculturais das famílias, nunca conseguirá responder às suas necessidades, nem tão pouco humanizar os cuidados, despoletando sentimentos de insatisfação e de frustração no cliente, podendo fazê-lo sentir-se excluído ou negligenciado pelos prestadores de cuidados (Moura, Chamilco & Silva, 2005) e, não menos grave, de incumprimento dos princípios éticos, descredibilizando a profissão. Assim, não há como negar que para cuidar de seres humanos é elementar conhecer o seu contexto cultural (*Ibid*), pois “*somos todos sujeitos da cultura*” (...), detemos “*formas de conhecimento culturalizado*” (...), cuja verdade é particular, relativa e condicional (Langdon & Wiik, 2010, p.180).

A Enfermagem Transcultural é o território da Enfermagem que se foca no estudo e na análise comparativa de variadas culturas, no que respeita ao comportamento e às atitudes relativas à saúde, mais propriamente relativo aos cuidados de Enfermagem (Leininger 1988, 1990, 1991), com o intuito de desenvolver uma estrutura de conhecimento humanizado e científico capaz de implementar uma prática de cuidados universal e culturalmente específica (Moura, Chamilco & Silva, 2005). Mas para desenvolvermos este assunto com maior entendimento não podemos deixar de mencionar a conceção de saúde à luz da enfermagem transcultural. Todas as culturas têm a sua estrutura, os seus padrões, a sua forma, as suas expressões, entre vários outros elementos característicos, para conceber, compreender, justificar e predizer o seu estado de bem-estar, assim como as suas práticas e crenças relacionados com o processo de saúde e doença e com os seus universos culturais e sociais (Leininger 1988, 1990, 1991; Moura, Chamilco & Silva, 2005). Leininger (1988, 1990 e 1991) constatou, não só, questões específicas das culturas mas também as importantes diferenças na cultura entre as

populações do oriente e ocidente, no que se refere aos cuidados de saúde e a práticas saudáveis (Oriá, Ximenes & Alves, 2005).

A saúde é uma condição culturalmente estabelecida, ou seja, é definida pelas pessoas integradas no seu contexto etnocultural (Purnell & Paulanka, 2010). São as intervenções e as decisões dos enfermeiros culturalmente competentes que possibilitam às famílias de uma determinada cultura praticarem as suas atividades de vida diárias de forma culturalmente definida, protegendo-se entre si de modo a garantir o seu bem-estar, restabelecer-se da doença e/ou enfrentar as limitações ou a morte (Crespo, Rodrigues, Vicente, Amendoeira & do Céu, 2014).

2.3 - Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural

Este subcapítulo tem início com a desconstrução da teoria e, por isso, apresentam-se, primeiramente, as noções dos termos que a estruturam.

A **Diversidade do cuidar cultural** refere-se às diferenças necessárias no cuidar de acordo com os elementos culturais, ou significado do cuidado para as diferentes culturas/subculturas, ou para a mesma cultura/subcultura (Leiniger 1991, 2001).

A **Universalidade do cuidar cultural** refere-se a um cuidar em que os elementos culturais ou significados implicados no cuidado são comuns em diferentes culturas/subculturas (*Ibid*).

O **Cuidar cultural** é a arte de cuidar, a filosofia que respeita as crenças, os valores e modos de vida, enfim, todos os elementos culturais, específicos de cada cultura/subcultura. É um cuidar subjetivo, mas objetivamente aprendido e transmitido, que permite assistir, apoiar, facilitar ou capacitar as famílias a manter o seu estado de bem-estar e a sua condição de saúde, promovendo a qualidade da condição humana e do seu modo de vida, enquanto lida com a doença, limitações ou mesmo morte (*Ibid*).

A Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural (TDUCC) é a filosofia de cuidados pela qual nos devemos guiar. É considerada uma teoria de médio alcance, pois as suas conceções centrais são relativamente gerais, diretas, simples e remetem-nos para uma prática multidimensional em Enfermagem. Toda a

praxis exige uma base teórica para que se torne estruturada, organizada e sistematizada, daí a pertinência da TDUCC. Esta é a única teoria em Enfermagem, que se centra particularmente no cuidar culturalmente competente (Moura, Chamilco, & Silva, 2005).

A TDUCC insere-se no paradigma da transformação e na Escola de Pensamento do Cuidar, ou seja, para a pessoa o mundo é um sistema aberto e transformador. A influência holística também está bem patente na teoria, pois considera o ser humano como um todo que recebe significativas influências do seu contexto cultural.

O pobre conhecimento dos enfermeiros sobre a diversidade e universalidade das diferentes culturas e, conseqüentemente, sobre a necessidade de diversidade e universalidade no cuidar podem conduzir a uma ineficaz e insatisfatória prestação de cuidados (Leininger, 1988, 1990, 1991). A TDUCC, por ser contemporânea, transversal e contemplar conceitos simples e exequíveis, pode ser praticada em diferentes contextos sociais e culturais, com a mesma coerência lógica (*Ibid*) pelos enfermeiros. Com as constantes e inevitáveis mutações da sociedade que originam a crescente multiculturalidade, a TDUCC projeta adaptações necessárias da prática clínica articulando o conhecimento com uma prestação de cuidados de saúde culturalmente congruentes. Com isto, a TDUCC oferece não só subsídios para um cuidar culturalmente congruente, mas competência e credibilidade à Enfermagem (*Ibid*). A evidência científica em enfermagem transcultural tem proporcionado a alteração de comportamentos dos enfermeiros, a consciência da própria cultura, bem como a do cliente e a sensibilidade pelas diferentes características culturais por forma a melhorar a formação e a prática de Enfermagem. A teoria é aplicada em investigações em todo o mundo, conferindo à formação e à prática de Enfermagem um valor verdadeiramente global e transcultural, pelo que é uma teoria socialmente relevante (Tomey & Alligood, 2002).

2.4 - Modelo *Sunrise*

O modelo *Sunrise* (Figura 2) é alusivo ao nascer do sol, como atributo de esperança e ímpeto para o desenvolvimento contínuo de conhecimentos (Crespo, Rodrigues, Vicente, Amendoeira & do Céu, 2014, p.139). A sua finalidade é evidenciar como os elementos da teoria determinam a condição de saúde e a prestação de cuidados dos Enfermeiros e complementa a compreensão da TDUCC (Ibid). Entre os componentes do diagrama, observam-se

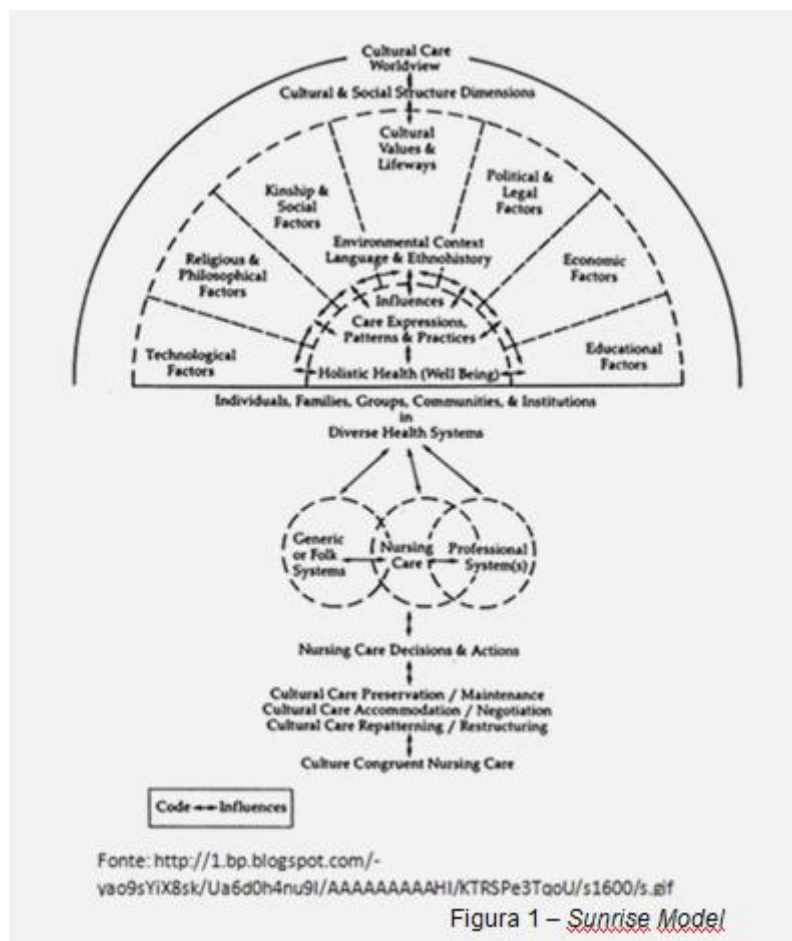


Figura 1 – *Sunrise Model*

as dimensões das estruturas cultural e social, formadas pelos fatores “(1) tecnológicos, (2) religiosos e filosóficos, (3) de parentesco e sociais, (4) valores culturais e modos de vida, (5) políticos e legais, (6) económicos e (7) educacionais”, que se repercutem de forma incontestável na existência das pessoas (Ibid). Tais fatores constituem um todo interrelacionado, como representado pelas linhas tracejadas, intimamente presente no ser humano (Ibid). As setas do diagrama são bidirecionais, o que destaca a recíproca influência cultural no contexto social (Ibid). O diagrama transmite uma visão de mundo do cuidado cultural que é influenciada e influencia as dimensões da estrutura cultural e social que, por sua vez, também são influenciadas e influenciam todos os seus fatores constitutivos (Ibid). As dimensões da construção cultural e social partem, assim, da visão do mundo e também são modificadas pelos contextos de linguagem e pelo ambiente em que eles existem (Leininger, 1991, 2001). Os elementos de Enfermagem e a relação enfermeiro-

cliente encontram-se demonstrados no setor das três elipses, onde se evidencia que para praticar o cuidado de enfermagem transcultural é primordial a interação entre o cuidado *etic* e o cuidado *emic*, o que gera a tomada de decisão e as intervenções do cuidado de Enfermagem, transculturais, caracterizadas por um cuidar cultural de preservação/manutenção, de acomodação/negociação do cuidar cultural e repadronização/reestruturação desse mesmo cuidar cultural (Ibid).

Ainda no modelo *sunrise* estão representadas as fases do processo de Enfermagem. A implementação deste modelo promove uma visão mais abrangente do ser humano, que o considera indissociável do seu contexto cultural, o que consequentemente proporcionará um cuidar congruente culturalmente (Oriá, Ximenes, & Pagliuca, 2005), que é o grande fim do modelo *sunrise*.

2.5 - Desenvolver o Cuidar Culturalmente Congruente

a performance como especialista traduz-se na prestação de cuidados de nível avançado, com segurança, competência e satisfação da criança e suas famílias, procurando responder globalmente ao “mundo” da criança bem como trabalhar no sentido de remover barreiras e incorporar instrumentos de custo efectivo e gestão de segurança do cliente (Kelly *et al.*, 2007, citado por Ordem dos Enfermeiros, 2010b, p.1).

Como tal, o presente subcapítulo reúne subsídios teóricos, que na perspectiva da autora do relatório, corroborada por diferentes autores, proporcionam o desenvolvimento de um cuidar culturalmente competente.

2.5.1 - Componentes da Competência Cultural

Este é um subcapítulo considerado de grande importância, uma vez que a articulação entre os componentes da competência cultural permite ascender à competência cultural. De acordo com Munoz e Luckmann (2005) e Campinha-Bacote (2002), a competência cultural é constituída por cinco componentes:

Consciência cultural – É a consciência cultural que suscita no enfermeiro a sensibilidade e valorização dos valores culturais do cliente e da sua família.

Conhecimento cultural – Tem que ver com o saber que o enfermeiro desenvolve com o suporte teórico que lhe permite conhecer e explorar as diferentes visões do mundo para as diferentes culturas, bem como os diferentes valores, tradições, crenças e concepções sobre saúde/doença.

Capacidade/Habilidade cultural – Consiste na habilidade do enfermeiro para, mediante a recolha de dados culturais que faz por meio da sua observação, integrar os fatores culturais na avaliação de enfermagem.

Encontro cultural – Diz respeito ao processo pelo qual o enfermeiro se envolve em elementos transculturais.

Desejo cultural – Este componente tem que ver com a ambição do enfermeiro para se relacionar com as famílias de diferentes culturas/subculturas.

2.5.2 - Elementos que Desenvolvem a Competência Cultural

Segundo Dunn (2002), a competência cultural desenvolve-se por meio de um processo dinâmico e contínuo que compreende os seguintes elementos:

1. Refletir e analisar os próprios valores, crenças, tradições, modos de vida e comportamentos, de forma a evitar o preconceito, estereótipo, etnocentrismo e racismo, explorando diferentes perspetivas do mundo.
2. Conhecer as principais questões culturais e explorá-las com os clientes.
3. Desenvolver conhecimento sobre os grupos culturais ou subculturais com quem se trabalha, aprendendo as suas particularidades.
4. Conhecer o significado e os sentimentos que as diferentes concepções de saúde e de doença, e as questões culturais inerentes, trazem aos clientes de diferentes culturas.
5. Criar um ambiente acolhedor, flexível e recetivo às particularidades do cliente, promotor de uma eficaz relação terapêutica.
6. Ajustar e personalizar a prestação de cuidados de forma a torná-los aceitáveis e compreensíveis, tanto para o enfermeiro, como para o cliente.

2.5.3 - Mnemónica Estratégica para o Desenvolvimento da Competência Cultural

Para conduzir uma abordagem culturalmente competente, Berlin & Fowkes (1983) criaram uma mnemónica que se tornou uma autêntica ferramenta no cuidar transculturalmente competente e que foi adotada por muitos outros autores. A mnemónica **LEARN** traduz cinco passos:

Listen – O primeiro passo é **ouvir** o cliente, a apresentação e descrição do seu problema/situação.

Explain – Segue-se a **explicação** pelo enfermeiro sobre a sua perceção do problema.

Acknowledge – Neste passo o enfermeiro e o cliente unem-se pelo **reconhecimento** das semelhanças e das diferenças entre ambas as perceções, focando-se, como seria de esperar, nas similaridades, por forma a promover o regime terapêutico mais congruente culturalmente.

Recommend – O quarto passo preconiza que sejam feitas **recomendações**, com envolvimento do cliente.

Negotiate – O último passo envolve o esforço do enfermeiro para **negociar** com o cliente um plano de cuidados. Uma intervenção que reconhece como benéfico englobar determinados aspetos da cultura da pessoa, isto é, um plano centrado na pessoa.

A presente ferramenta ajuda, sem dúvida, a evitar o choque cultural, reconhecendo e aceitando as diferentes perspetivas, crenças e valores da pessoa, enriquecendo o saber cultural do enfermeiro e delineando os cuidados mais eficazes para o restabelecimento do melhor estado de conforto e bem-estar do cliente.

2.5.4 - Competências de Domínio Intercultural

Viver, comunicar, entrar em relação, trabalhar e educar no contexto pluricultural que vivemos reivindica o desenvolvimento de competências, que Ramos (2016) estabeleceu como competências de domínio intercultural e que agrupou de forma a ser trabalhadas não só por profissionais de saúde, mas por todos os cidadãos. As seguintes competências interculturais impulsionam a reflexão, para

além de possibilitarem colocar em prática a consciência e os conhecimentos multi/interculturais nas relações com pessoas de culturas diferentes. Implicam que num ambiente de multiculturalidade, de coabitação intercultural e de interação com a diferença, tenhamos consciência, capacitação e competências que permitam compreender, aceitar e comunicar com o outro de forma a fazê-lo entender-se, a expressar-se e de forma a nós mesmos nos tornarmos compreendidos quer a nível comunicacional como relacional. São competências que dotam os profissionais de capacidade para *“integrar a diversidade individual e cultural nas suas abordagens teóricas e práticas, tendo em vista um melhor desempenho profissional e a compreensão da alteridade e das relações entre o Eu e o Outro”* (Ramos, 2016, p.255).

Competências individuais: desenvolvimento interpessoal de comportamentos e atitudes que promovam harmonia nas interações entre os indivíduos e as culturas e que acionem uma atitude de descentração. É esta descentração que facilitará a relativização e flexibilização de princípios, modelos e competências e afastar comportamentos de discriminação, exclusão e intolerância.

Competências (inter)culturais: competências de comunicação e pedagógicas, essencialmente linguísticas, que para além de facilitarem a comunicação intercultural e a consciencialização cultural, promovam intervenções culturalmente competentes, em profissionais culturalmente sensíveis e implicados.

Competências tecnológicas: Destreza no uso das tecnologias de informação, de comunicação e das técnicas audiovisuais;

Competências de cidadania: são as que possibilitam o funcionamento plural, aberto e democrático dos serviços/organizações/sociedades, principalmente os sociais e de saúde.

Desenvolver competências interculturais obriga ao aperfeiçoamento de um diversificado e diferenciado misto de valores, atitudes, conhecimentos e aptidões básicas que empoderem os profissionais para trabalhar em ambientes culturais diversos, inclusivamente com grupos minoritários, nos diferentes níveis de intervenção, especialmente ao nível individual, interpessoal e comunicacional (Ramos, 2016). São competências que se salientam como fundamentais para a

qualidade da sua intervenção (social, psicológica, educacional ou da saúde) o desenvolvimento de competências relacionais e comunicacionais assentes na generosidade, curiosidade, abertura, empatia, respeito mútuo, confiança e reconhecimento do outro, bem como consciência cultural, adaptabilidade, autorreflexão e conhecimento dos nossos próprios estereótipos e preconceitos (*Ibid*).

Em suma, são elementos a considerar no âmbito das competências interculturais, as competências comportamentais, a consciência, o conhecimento e a informação sobre as culturas e as diferenças culturais; as atitudes em relação às diferenças culturais, como os preconceitos, bem como o entusiasmo ou o confronto de emoções, quando nos relacionamos com pessoas de culturas diferentes (Brislin & Yoshida, 1994). Também Weaver (2008) sublinha a importância da consciência crítica e da autoconsciência no desenvolvimento da competência intercultural, valores e atitudes de abertura de espírito, motivação para a aprendizagem, sentido de equidade e humildade. Hopes (1980) citado por Weaver (2008), para além da importância da tomada de consciência e da consciencialização cultural defendida também pelos autores atrás mencionados, acrescenta o grau de determinismo cultural dos comportamentos no desenvolvimento das competências interculturais e na comunicação intercultural. Estes elementos possibilitam a aprendizagem a nível cultural com vista ao desenvolvimento de competências para analisar, apreciar e refletir o mundo do ponto de vista de outra cultura, bem como a aprendizagem de habilidades para reconhecer as diferenças e a pluralidade de culturas.

2.6 - Mapa conceptual

Dos conceitos anteriormente elencados emergiu o seguinte mapa conceptual, onde vemos um mapa em forma de sol, alusivo ao *Sunrise Model* (SM), estruturado por linhas tracejadas, para que os conceitos centrais se possam fundir e interagir proactivamente.

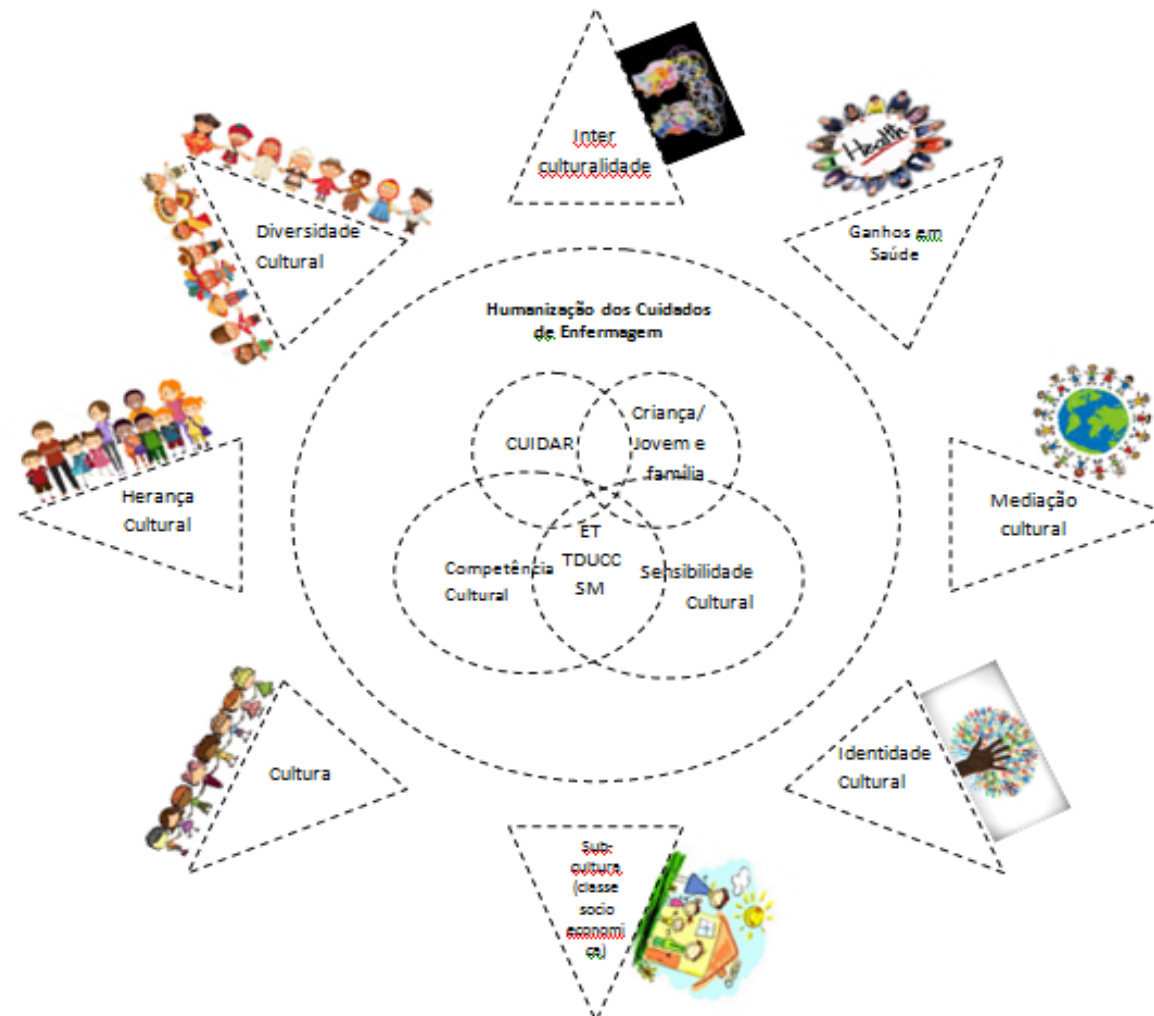


Figura 2 – Mapa conceptual

3. CAMINHANDO E CONSTRUINDO

O que me torna Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem?

Esta pergunta abre mote para o desenvolvimento do presente capítulo, ao longo do qual se forma uma resposta. Neste capítulo apresenta-se a descrição e a análise das atividades desenvolvidas, organizadas de acordo com os objetivos específicos definidos para cada contexto de estágio, sendo que cada subcapítulo representa um local de estágio diferente. Fez-me sentido que cada guia de estágio constituísse um apêndice da reflexão que realizei para cada local, mas dada a extensão do trabalho apresenta-se apenas o guia de estágio que foi realizado para o estágio em centro de saúde como apêndice dessa mesma reflexão (Apêndice I). As reflexões tiveram uma enorme pertinência, pois permitem complementar o presente capítulo. Para os diferentes locais de estágio foram definidos objetivos e atividades específicas, que se podem consultar nos guias de estágio e que foram entregues a cada orientador, mas que, mais uma vez não se pôde contemplar no presente relatório. Também desenvolvi uma *Scoping Review* que, infelizmente, não terminei, mas que me deu grande contributo ao nível dos conhecimentos teóricos que fundamentaram o relatório.

Posto isto, e já que cada nova etapa integra as anteriores, privilegiando as influências do contexto (Ferreira, 2016) compreende-se tão pertinente e importante o estágio nos diferentes contextos para a obtenção do título de enfermeiro especialista.

Tornamo-nos eternamente responsáveis por aquilo que cativamos (Saint-Exupéry, 2015) e por isso também eu “...estou convicta de que todos ficamos mais ricos no pensamento e na ação quando aceitamos fazer caminho, dando sentido ao caminhar co-construindo” (Nunes, Amaral & Gonçalves, 2005, p.8). E mais, “O aperfeiçoamento profissional (...) é o caminho da construção de competências. Não é acidentalmente que se encontra associado à competência” (Ibid, p.67). A competência caracteriza-se “fundamentalmente como juízo e acção sensata em situações complexas, únicas e incertas, com valores em conflito... também requer conhecimento reflexivo para lidar com áreas que não se prestam a soluções

comuns” (Leddy & Pepper, 1993, citado por Nunes, Amaral & Gonçalves, 2005, p.67).

O enfermeiro especialista desenvolve um misto de conhecimentos, habilidades e capacidades que mobiliza na sua prática clínica e que lhe permite ponderar as necessidades de saúde do grupo-alvo, mais propriamente da criança/ do jovem e sua família, e intervir em todos os níveis de prevenção e em todos os seus contextos de vida. O enfermeiro Especialista é

um profissional com um conhecimento aprofundado num domínio específico de Enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstra níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão traduzidos num conjunto de competências clínicas especializadas relativas a um campo de intervenção especializado (Ordem dos Enfermeiros, 2007, p.10)

que mobilizando, integrando e orquestrando recursos, com carácter adaptativo e em situação, na ambiguidade e na urgência, seja capaz de mobilizar variados recursos cognitivos para encarar situações singulares (Perrenoud, 1996), na perspectiva de

que todas as crianças/jovens e suas famílias/pessoa significativa/prestador informal tenham acesso equitativo a cuidados de enfermagem especializados em Saúde da Criança e do Jovem, numa perspectiva de promoção da saúde, prevenção da doença, tratamento e recuperação, que respeite os princípios de proximidade, parceria, capacitação, direitos humanos e da criança, numa abordagem holística, ética e culturalmente sensível (Ordem dos Enfermeiros, 2011a, p.10)

Ser especialista preconiza desenvolver um saber especializado com base num conhecimento aprofundado sobre a pessoa/a família, inseridas no seu ambiente, diferentes de todas as outras e a quem o enfermeiro especialista assiste na promoção e na realização dos projetos de saúde que cada pessoa considera melhores para si (Ordem dos Enfermeiros, 2007). O enfermeiro especialista é quem compreende profundamente as respostas humanas da pessoa aos modos de vida, na saúde e na doença, oferecendo uma resposta de elevado grau de adequação às necessidades de quem cuida (*Ibid*). O enfermeiro especialista assegura benefícios substanciais para a saúde, não só do indivíduo, mas de toda uma população, designadamente a cuidados de saúde acessíveis, coordenados, integrados e eficazes, proporcionando ainda uma continuidade de cuidados (*Ibid*). O enfermeiro especialista encontra ou ajuda a encontrar soluções para problemas de saúde

complexos, de natureza diversa, nomeadamente no suporta a tomada de decisão (*Ibid*). Contribui para o progresso e credibilidade da profissão, através do desenvolvimento do conhecimento e de uma prática baseada na evidência, resultado também da sua experiência clínica (*Ibid*).

Em tempos de globalização a mobilidade das pessoas aumentou a convivência entre múltiplas culturas e a coabitação entre diferentes modos de vida, pelo que as instituições de saúde devem estar preparadas para lidar com a multiculturalidade (Lopes, Santos, Matos, & Ribeiro, 2009).

o mundo humano é um mundo cultural. Ou seja, aquilo que distingue os tempos construídos pelo homem tem sido a defesa de determinadas realidades culturais, assumidas, em cada época, como valores próprios. Terá valor tudo o que for capaz de motivar ou promover um movimento de apetência ou de desejo por alguma coisa (como é o caso dos valores sociais ou culturais), assim como os que orientam as condutas (valores éticos) ou constituem expressão das crenças (valores religiosos) ou dos ideais de belo (valores estéticos) (Nunes, Amaral & Gonçalves, 2005, p.64).

As diferenças, por um lado, e as semelhanças, por outro, que existem entre as mais variadas culturas e subculturas são desafiantes e, muitas vezes, podem ser entendidas como ameaças, quando na verdade são autênticas oportunidades (*Ibid*). A multiculturalidade é isto mesmo, reporta-se ao assumir “(...) *que existem diferentes culturas e subculturas no mundo que necessitam ser reconhecidas, valorizadas e compreendidas pelas suas diferenças e semelhanças*” (Leininger, 2001, p.50) e “*É na melhor compreensão do fenómeno e no agir intencional que se quebram barreiras e se potencia o que a multiculturalidade traz de valor acrescentando para o socialmente construído*” (Lopes, Santos, Matos, & Ribeiro, 2009, p.XII).

Posto isto e com o intuito de desenvolver as competências de EEESIP, como objetivos transversais a todo o percurso de estágio estabeleceram-se:

- | Desenvolver competências de enfermeiro especialista em saúde da criança e do jovem nas diferentes etapas do seu desenvolvimento e nos diferentes contextos da prática de cuidados;
- | Desenvolver competências centradas num cuidar humanizado, com vista à valorização da dimensão cultural e subcultural durante a prestação de cuidados de Enfermagem à criança/ao jovem e família.

Algumas das estratégias que usei para os diferentes contextos de estágio foi o acesso fácil à informação sobre os medos normais mais frequentes (Anexo I), os termos a evitar e os termos a utilizar (Anexo II), a colheita da história da dor (Anexo III) e o guia de Dicas para os Pais/Família (Anexo IV), que andaram sempre comigo numa pasta. Para todos os contextos realizei um guia de estágio, que ofereci a cada orientador no primeiro dia de estágio. Realizei também uma reflexão escrita, no fim de cada estágio, que se prendeu com a minha necessidade de analisar a experiência de estágio, analisar a minha prestação e rever a pertinência do estágio para o desenvolvimento das competências comuns e específicas de enfermeiro especialista (Apêndices I, II, III e IV). Porque precisamos analisar as nossas práticas, refletir sobre elas e selecionar os melhores caminhos, sistematizar as intervenções, adequar a eficiência e segurança da ação à eficácia do resultado, assegurando o papel do enfermeiro nos cuidados globais de saúde e exercendo influências políticas numa determinada área (Ordem dos Enfermeiros, 2010c, p.7).

Nos próximos subcapítulos explico como desenvolvi as competências específicas de EEESCJ dentro de cada campo de estágio. Relativamente às competências comuns do enfermeiro especialista devo salientar que foram desenvolvidas em todos os campos de estágio e não especificamente num ou outro. Mas devo ainda destacar que não são competências “estanques” e, por isso, foi possível aperfeiçoá-las ao longo de todo o percurso. Toda a minha prestação de cuidados, a minha postura e todas as atividades tiveram por detrás a tomada de decisão ética e deontológica, integrando o reconhecimento e a compreensão do pilar cultural de cada família. O respeito, o interesse pela cultura e subcultura alheia despoletou sentimentos de satisfação nas famílias, pelo facto de fazer com que se sintam integradas e respeitadas, durante a hospitalização, apesar das suas diferenças e mais, por enaltecer o facto de que todas as famílias têm algo para nos ensinar. Assim as competências desenvolvidas foram: **A1.1** – demonstra tomada de decisão ética numa variedade de situações da prática especializada; **A1.2** – Suporta a decisão em princípios, valores e normas deontológicas; **A1.3** – Lidera de forma efetiva os processo de tomada de decisão ética de maior complexidade na sua área de especialidade; **A1.4** – Avalia o processo e os resultados da tomada de decisão; **A2.1** – promove a proteção dos direitos humanos; **A2.2** – Gere na equipa, de forma apropriada as práticas de cuidados que podem comprometer a segurança, a

privacidade ou a dignidade do cliente; **B3.1** - promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos/grupo; **C1.1** – otimiza o trabalho da equipa adequando os recursos às necessidades de cuidados; **D1.1** – detém uma elevada consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro; **D1.2** – gera respostas, de elevada adaptabilidade individual e organizacional; **D2.1** – Responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho, na área da especialidade; **D2.2** - suporta a prática clínica na investigação e no conhecimento, na área da especialidade (Ordem dos Enfermeiros, 2010a).

3.1 - Consulta de Vigilância de Saúde Infantil e Pediatria

As atividades desenvolvidas na USF passaram pela apresentação do serviço pela enfermeira orientadora; entrevista com a mesma para apresentação do projeto de estágio e entrega do guia de estágio; leitura do manual de acolhimento da USF; leitura de documentação sobre o funcionamento interno (regulamento interno, carta de compromisso, plano de ação, processos assistenciais integrados de cada programa de saúde, relatório de atividades); preenchimento de um questionário de admissão à USF como estagiária da especialidade de saúde infantil e pediatria para efeitos estatísticos da USF. A pesquisa bibliográfica para o desenvolvimento de conhecimentos; a interação intencional com famílias de variadas culturas; a observação das intervenções da enfermeira especialista; a participação com progressiva autonomia nas consultas de vigilância de saúde infantil e juvenil; a colaboração e articulação com médicos e outros enfermeiros durante as consultas; a participação na administração das vacinas, da avaliação dos dados antropométricos (por exemplo); a aplicação de instrumentos de avaliação do desenvolvimento infantil como a escala de desenvolvimento de Mary Sheridan Modificada, a avaliação das curvas de percentil e o respetivo registo informático e no livro de saúde infantil da criança e também, a observação da preocupação da enfermeira orientadora por uma abordagem cimentada no contexto cultural e subcultural. Todas as atividades descritas permitiram-me trabalhar a competência **E1.2** - diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou a qualidade de vida da criança/jovem. Também os ensinamentos

com base na evidência científica que eu própria realizei aos pais/cuidadores sobre o transporte seguro das crianças, sobre alimentação saudável, sobre sinais e sintomas para os quais os pais devem estar em alerta para o despiste precoce de alterações de saúde, sobre a importância do plano de vacinação, entre muitos outros ensinamentos estimulou o desenvolvimento da competência **E1.2**. A prestação de cuidados às crianças/jovens e famílias de culturas e subculturas diferentes; a participação no cumprimento do Plano Nacional de Vacinação; a promoção da saúde oral; a prevenção de acidentes e intoxicações, por meio de ensinamentos à família; falar sobre a prevenção das perturbações emocionais e de comportamento; os ensinamentos à família para o despiste e encaminhamento precoces para situações que podem, eventualmente, afetar negativamente a vida da criança/da família, a participação em consultas de planeamento familiar foram atividades que proporcionaram desenvolver a **E1.1** – Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da inserção social da criança/jovem, bem como a **E3.1** – promove o crescimento e o desenvolvimento infantil, com preocupação pelo respeito das crenças e valores culturais e subculturais das crianças. A boa dinâmica entre profissionais/família e entre a equipa de profissionais foi notável. O trabalho em parceria foi de facto, uma preocupação. Houve momentos em que no mesmo gabinete estava o médico, a enfermeira orientadora, eu, a criança e os pais/elementos significativos envolvidos numa partilha de aprendizagens. Os próprios pais referiam os contributos pela forma como decorriam as consultas. Procurei interagir com as crianças/as famílias questionando-os sobre o seu estilo de vida, sobre quem participava nos cuidados à criança, sobre como a família geria os seus recursos para promover o bem-estar da criança e uma ambiente propício ao seu crescimento e desenvolvimento. Também a visita domiciliária em que participei me permitiu desenvolver as competências **E1.1**, **E1.2** e **E3.1**.

A consulta de normas e protocolos sobre e para a gestão da dor existentes no local, a implementação da brincadeira livre e/ou terapêutica como forma de promover a expressão de sentimentos, da identidade, da comunicação verbal e não-verbal, como forma de lhe proporcionar autonomia e dar-lhe poder de decisão na consulta, a implementação de estratégias não farmacológicas para o alívio da dor, possibilitaram o desenvolvimento das competências **E2.2** – faz a gestão diferenciada

da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas; a **E3.3** – Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estadio de desenvolvimento e à cultura; **E3.4** – promove a auto-estima do adolescente e a sua auto-determinação nas escolhas relativas à saúde. Em todos os gabinetes da USF havia material lúdico adequado às várias etapas do desenvolvimento da criança do qual fazia “uso e abuso” e com resultados muito positivos para distrair a criança enquanto se administrava a vacina ou enquanto de vestia e despia a criança. Qualquer que fosse a idade/fase de desenvolvimento da criança implementou-se a brincadeira com a participação ativa dos cuidadores. No último dia de estágio apresentei a sessão de formação sobre a temática e pertinência do projeto aos enfermeiros, médicos e administrativos da USF.

Não há como contornar o impacto dos fatores culturais e subculturais no cuidar. O PNSIJ (2013, p.6) contempla “determinantes ligados ao contexto de vida, tais como fatores de ordem cultural, política, socioeconómica, género e recursos comunitários, ao ambiente físico e às dimensões individuais de cariz genético e comportamental, o acesso aos serviços de saúde e a cuidados de qualidade como fundamentais para *“os ganhos em saúde da população residente em Portugal”* (Ibid).

Comecei por uma observação participante, mas logo me senti capaz de prestar cuidados diretos e com maior autonomia à criança/ao jovem e família, pois o contexto de cuidados de saúde primários não é novo para mim, constituindo um contexto “espaçoso” para grandes oportunidades. O estágio na USF conduziu-se à realização de uma reflexão (Apêndice I), pois todo o estágio e a intervenção da enfermeira especialista suscitaram uma prática reflexiva

O contexto da consulta de vigilância de saúde infantil foi muito propício à interação com as crianças/as famílias e Inclusivamente questionava frequentemente os pais sobre as suas profissões, as suas origens (caso não fossem portugueses), como aproveitavam os seus tempos livres, fazendo com que sentissem importantes (porque o são), incluídos e reforçando o quão importantes são para os seus filhos. Devo destacar que a receptividade com que as famílias e a própria enfermeira orientadora me receberam foram muito positivas na promoção da comunicação e relação interpessoal e intergrupar. Não tenho como negar que a qualidade das relações pessoais e interpessoais influencia fortemente a qualidade das aprendizagens (Ferreira, 2016) e neste estágio, foi de forma muito positiva.

3.2- Centro de Acolhimento de Migrantes

O desenvolvimento da competência cultural em estudantes e docentes é facilitado em ambientes onde se vive e se apoia a diversidade cultural e é facilitada por experiências clínicas guiadas (Siebert, Holloway & Gilbert, 2012). A partir do seu estudo os professores tomaram maior consciência da necessidade de formarem os estudantes para as questões da enfermagem transcultural visitando os locais, ou seja, se queremos ser culturalmente competentes quando cuidamos de ciganos temos de fazer trabalho de campo na comunidade cigana, visitar o seu ambiente natural e visitar locais de internamento onde há mais frequentemente ciganos hospitalizados, por exemplo (*Ibid*). Daí a escolha particular deste local de estágio, onde efetivamente se faz “trabalho de secretária” e com esta afirmação, não quero menosprezar o tão importante trabalho que aqui se faz.

No estágio do centro de acolhimento toda a prestação da enfermeira foi nova para mim, desempenham-se funções que não se resumem a técnicas, mas muito mais de relação, de comunicação, de informação, de entreaajuda, de reinserção social, de referenciação. O respeito pelas crenças na saúde/doença de acordo com a visão cultural das pessoas que recorriam ao centro foi uma preocupação comum. No entanto, efetuei: entrevista com a enfermeira responsável para apresentação do projeto de estágio; observação da intervenção da enfermeira; reflexão sobre a intervenção da enfermeira; discussão/partilha de apreciações sobre as diferentes situações em que os imigrantes se encontram e os motivos que conduzem à imigração; observação das estratégias utilizadas pela enfermeira para responder às necessidades que conduzem as famílias ao centro de acolhimento ao migrante; participação/envolvimento no atendimento dos imigrantes (telefónico ou presencial); interação com famílias de múltiplas culturas; comunicação adaptada a cada família; leitura de documentos legislativos relativos à migração; pesquisa bibliográfica para o desenvolvimento de conhecimentos; identificação dos motivos que conduzem as pessoas ao centro de acolhimento ao migrante, as suas nacionalidades e profissões, por meio de entrevistas semiestruturadas. Esclarecimentos/encaminhamento para o acesso à saúde; ensinios sobre em que situações recorrer a um serviço de urgência, como obter medicamentos, etc.

Por fim, possibilitou desenvolver a competência **E1.2** – diagnóstica precocemente e intervir nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou a qualidade de vida da criança/jovem. Tive a oportunidade de participar no “*Encontro Interculturalidade... Que Desafios?*”. Por tudo isto foi possível desenvolver a competência **E3.3** – comunicar com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura. Constatei que as famílias se aproximam e se envolvem mais conosco quanto maior for o nosso esforço para falar a sua língua, para tornar a relação recíproca, para tornar a comunicação compreensível para ambas as partes, e quanto maior for a nossa tentativa para encontrar soluções para os seus problemas enquadradas no seu contexto cultural. Houve pessoas com quem falámos sobre locais de culto como praias, igrejas, mesquitas, etc.

É importante não esquecer que por vezes podemos ter uma atitude inconsciente de superioridade para com os imigrantes, tal como corroboram vários estudos, nomeadamente o estudo de del Pino, Soriano & Higginbottom (2013). E mais, algumas vezes projetamos a nossa própria cultura nos outros, o que é injusto e inapropriado. Quantas vezes nos dizem: “...se Deus quiser...” (...) “...vá com Deus..” – baseio-me num exemplo “simples” e de carácter religioso de catolicismo, mas a verdade é que me sinto constrangida quando me dizem isto, porque a minha religião não é a católica, por isso imagine-se como é que as pessoas ficam quando nós, enfermeiros não adequamos as nossas intervenções à cultura e subcultura do outro. Conhecer e tomar autoconsciência destes factos é “meio caminho” para não os perpetuarmos (*Ibid*). A presença neste estágio gerou também uma prática reflexiva, que permitiu desenvolver a minha autoconsciência e gerou uma reflexão escrita (Apêndice II). Todos temos uma cultura, a nossa bagagem de costumes, tradições, símbolos, valores, frases típicas e outras formas de comunicação que nos tornam pertencentes a determinada comunidade. Essa pertença está na compreensão do significado dessas formas culturais e na expressão e partilha de valores e da identidade. A cultura é a forma como aprendemos a pensar, como nos comportarmos e como fazemos as coisas (Governments Publications, 1995, citado por Tuohy, McCarthy, Cassidy & Graham, 2008), por isso, “No person is a stereotype of a culture (Maier-Lorentz, 2008, p. 40 citado por Tuohy, McCarthy, Cassidy &

Graham, 2008) (...) Immigrants carry with them more than just suitcases (Kemp e Rasbridge, 2004, p.4 citado por Tuohy, McCarthy, Cassidy & Graham, 2008).

Posto isto, pude desenvolver a competência **E1.1** – implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem. A mediação, *“função-chave”* (...) *“para que a comunicação intercultural se realize”* (...) é considerada como uma ferramenta essencial *“para o desenvolvimento social dos vários países, em particular aqueles que se caracterizam por uma forte diversidade sociocultural”* (Oliveira, Galego & Godinho, 2005, p.21).

3.3- Cuidados Intensivos Neonatais e Pediátricos

Cuidar de crianças e das suas famílias numa Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais representa uma miríade de complexidades para os profissionais de saúde (Hendson, Reis & Nicholas, 2015). Neste estágio pude realizar entrevista à enfermeira responsável do serviço para apresentação do projeto de estágio; diálogo com a enfermeira orientadora para apresentação do projeto de estágio; entregue do guia de estágio; observação da interação e do comportamento das famílias de diferentes culturas; interação com as crianças/famílias de variadas culturas e subculturas; observação da prestação de cuidados do enfermeiro especialista a recém-nascidos (RN) pré – termo/criança/à família, de diversas culturas e subculturas; diálogo com as famílias sobre o sentido do nascimento do RN pré - termo para a sua cultura; partilha de experiências com a enfermeira orientadora sobre a importância das necessidades culturais e subculturais das famílias e com as próprias famílias; consulta de manuais, normas e protocolos de atuação de cuidados de enfermagem do serviço; pesquisa bibliográfica para o desenvolvimento de conhecimentos; colaboração com os pais e enfermeiros no preenchimento do diário do bebé, um diário que é altamente personalizado pelos enfermeiros, pelos pais e outros familiares da criança, com adereços, fotografias, com a data de acontecimentos importantes (a primeira vez que foi ao colo da mãe/do pai; a primeira vez que respirou sem ventilador; a primeira vez que provou o leite materno por copo, colher ou através da mama, se por outro lado não tolerou ficar sem ventilação assistida, se num determinado momento o seu estado clínico piorou, entre

outros acontecimentos de grande valor para o RN internado em UCINP e sua família). A implementação de escalas de avaliação da dor, a implementação de medidas de conforto, medidas farmacológicas e não farmacológicas foram atividades que me permitiram desenvolver a competência **E2.2** – faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas. O meu conhecimento teórico-prático e a minha prática clínica, ao longo da minha carreira profissional, e o facto de exercer funções numa unidade especial de internamento tem-me vindo a preparar para o despiste precoce de alterações hemodinâmicas das crianças e como atuar para melhorar ou reverter a situação, pelo que neste contexto esses atributos prévios promoveram o desenvolvimento das competências **E1.2** – Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou a qualidade de vida da criança/jovem; **E2.1** – reconhece situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte e presta cuidados de enfermagem apropriados, bem como a competência **E3.1** – promove o crescimento e o desenvolvimento infantil. Também a visita domiciliária, uma atividade regular das enfermeiras da UCINP em que procurei participar teve uma forte influência no desenvolvimento das competências referidas. Foi no próprio berço/cama das crianças que se procedeu a avaliações do crescimento e desenvolvimento, na presença e com a participação dos cuidadores, se procedeu a inúmeros ensinamentos, partilha de experiências. As famílias gostam que o enfermeiro vá às suas casas e referem-no. De facto, é uma oportunidade facilitadora da avaliação do crescimento e desenvolvimento das crianças, do despiste precoce de alterações, no seu contexto cultural e subcultural, na medida em que permite personalizar e adaptar completamente as orientações dos enfermeiros à família com base naquilo que vê *in loco*. Reforça ainda a relação de confiança família/enfermeiro.

Não quero deixar de reforçar que, se fizer parte da vontade e da cultura dos pais, os enfermeiros devem encorajá-los a ficar junto dos filhos (Instituto de Apoio à Criança, 2008). Como será de esperar, por detrás disto existem inúmeras implicações para a família e uma delas é o absentismo no trabalho, ou seja, para os pais poderem estar com os filhos têm de faltar ao trabalho, sofrendo uma certa forma de exclusão social. Por isso a preocupação pelo desenvolvimento da competência **E1.1** – Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde promotor

da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/do jovem. “*Os pais devem ser informados sobre as regras e rotinas próprias do serviço para que participem ativamente nos cuidados do seu filho*” (Instituto de Apoio à Criança, 1998, p.9), se a participação ativa nos cuidados for uma realidade do padrão de vida dos pais. Os pais podem marcar a sua presença sem, necessariamente prestar cuidados, pois para a as crianças “(...) *o mundo são eles mesmos. E isso é o que as crianças verdadeiramente precisam*” (Ordem dos Enfermeiros, 2010c, p.91). Pude assim desenvolver a competência **E3.2** – promove a vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do recém-nascido (RN) doente ou com necessidades especiais. Em muita bibliografia lemos como é importante capacitar os pais, empoderá-los, dotá-los de conhecimento, promover aprendizagens, etc., mas atenção: os pais também têm de estar dispostos a isso, caso contrário temos de respeitar os seus *timings*. Para promover a vinculação procurei interagir com os pais, elogiando a sua presença naquele momento, ajudando os pais a pegar nas crianças ao colo, elogiando como a sua voz a sua serenidade ajudavam a manter o bebé calmo. Incentivei os pais a promoverem o conforto do bebé, acariciando-o e falando com ele, ajeitando o “ninho”, a meia que teima em sair do pé, etc. Claro que tudo isto foi articulado com a prestação de cuidados, já que numa UCINP queremos “condensar” as manipulações ao bebé e evitar manipulações desnecessárias. Quando foi pertinente incentivei os pais a ouvir algumas músicas que ouviam durante gravidez. O incentivo à musicoterapia foi mais fácil na sala onde só havia espaço para 6 incubadoras, com um menor número de cuidadores, de bebés e de profissionais, onde o ambiente era menos ruidoso do que nas outras salas. A preocupação pela temperatura do bebé, a temperatura da incubadora, a manutenção da luminosidade adequada, o mínimo de ruído, a salvaguarda das medidas de prevenção e controlo de infeção foram de grande prioridade.

Durante o internamento na UCINP por múltiplas razões, entre as quais, o medo de falhar, a insegurança, a tristeza provocada pela necessidade de hospitalização, a ansiedade, o *stress*, a quantidade de fios aos quais o bebé está ligado, ou pelo facto de não fazer parte do seu modo de vida, da cultura ou subcultura etc., os pais podem não querer prestar cuidados aos filhos e o enfermeiro tem de respeitar isso sem qualquer tipo de julgamento. Foi uma intervenção

apaziguadora de medos e ansiedades o incentivo à troca de experiências entre os próprios pais das diferentes crianças, o incentivo à consulta dos diários de internamento uns dos outros (respeitando as medidas de prevenção e controlo de infeção e usando equipamentos de proteção individual caso fosse necessário). Também a promoção da esperança foi fundamental para lidar com as adversidades e com o sofrimento (Charepe, 2014). Na UCINP “*A esperança é redirecionada da cura para a qualidade de vida e para o conforto*” (Hockenberry & Wilson, 2014, p.937), pois detém um “*poder terapêutico*” (Querido, 2005, p.15), constitui um mecanismo de *coping* indispensável, que condiciona o bem-estar emocional, físico e espiritual (*Ibid*).

viver na esperança não é, por conseguinte, viver na ilusão. (...) É acreditar que apesar das dificuldades do percurso e de todos os obstáculos que possam surgir, a vida continua a ter sentido e significado. Compete ao profissional de saúde em geral, e ao enfermeiro em particular, ajudar a pessoa a restaurar a esperança, mediante a vivência de uma espiritualidade saudável (Pinto, 2011, p.41 e 42).

A cultura é um conceito difícil de definir, pois a sua própria natureza pode ter significados diferentes para pessoas diferentes (Suominen, *et al.*, 1997, citados por Tuohy, McCarthy, Cassidy & Graham, 2008) e é por isso mesmo que surgem as depreciações. Certo é, que a cultura de uma pessoa influencia todos os aspetos da própria vida (Tuohy, McCarthy, Cassidy & Graham, 2008). Torna-se, assim, cada vez mais evidente que o mais alto nível de qualidade do cuidar inclui a componente cultural das famílias e a capacidade para adequar os cuidados a tal capital componente, por isso os enfermeiros têm a obrigação ética e moral de promover o mais elevado padrão de qualidade dos cuidados, o que inclui cuidados culturalmente adequados (Tuohy, McCarthy, Cassidy & Graham, 2008).

Na sequência do que atrás mencionei, também Wiebe & Young (2011), após entrevistarem 21 famílias com diversos *backgrounds* culturais, que se encontravam internadas numa Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais, destacaram a força da relação que o profissional de saúde consegue estabelecer com a família como fundamental para uma prestação de cuidados centrados na família, considerando a componente multicultural. O toque, a confiança, o respeito, uma comunicação culturalmente apropriada (que não tem só a ver com a linguagem verbal), a

acessibilidade a um suporte espiritual, emocional e social personalizado foram considerados por Wiebe & Young (2011) como elementos de extrema importância para responder às características e necessidades multiculturais de forma congruente, tornando o ambiente de cuidados muito mais acolhedor, flexível, responsivo e personalizado (*Ibid*). Assim desenvolvi **E3.3** – comunica com a criança e família de forma apropriada ao seu estágio de desenvolvimento e à cultura; considerando a criança no seio familiar. Na UCIN a comunicação não-verbal assume uma importância extrema, a forma como o enfermeiro presta cuidado, a suavidade dos seus movimentos, mesmo nas intervenções potencialmente dolorosas foram uma realidade.

Não consigo conceber em que momento da história da Enfermagem é que os enfermeiros acharam que poderiam fazer qualquer tipo de juízo de valor em relação às opções de cuidados dos pais. Estas são famílias que necessitam de grande suporte emocional e por isso foi minha prática frequente abordar as famílias e falar sobre os seus sentimentos e emoções naquele momento.

a liberdade que define o ser pessoal manifesta-se nas escolhas e liga-se também à autenticidade – a exigência de viver de acordo consigo mesmo e de acordo com os princípios que assume como seus” (Nunes, Amaral & Gonçalves, 2005, p.65).

Contudo, a identidade das pessoas pode estar ameaçada durante um acontecimento de mudança (*Ibid*), pelo que procurei situações de aprendizagem com enfoque na base cultural e subcultural da criança/da família promovendo a expressão de sentimentos e a protecção da identidade cultural, pois

a “Função de advocacia do enfermeiro para com o doente (...) impõe-se, dadas as situações de vulnerabilidade das pessoas de quem cuida, os quais é necessário ajudar, defender e proteger” (Nunes, Amaral & Gonçalves, 2005, p.40).

São frequentes, em qualquer contexto (público ou privado) estereótipos não intencionais efetuados pelos enfermeiros, relacionados com os que os profissionais vão dizendo. Pode fazer com que os profissionais percam o interesse pela cultura das famílias e mesmo que não se esforcem por conhecê-la e compreendê-la fragilizando a relação enfermeiro/família e criando tensões, por exemplo: “o bebé está a melhorar e a mãe nunca está aqui”, “aquela mãe não faz isto, não faz aquilo”, quando na verdade, após uma conversa “casual” com a mãe se percebeu que, para

a cultura dela e da sua família as visitas à unidade de cuidados intensivos neonatais não era necessário visitar o bebé todos os dias na unidade e cuidados intensivos neonatais (Hendson, Reis & Nicholas, 2015).

“Are you allowed to hold the baby or see the baby after the death? Are you allowed to help bath the baby? Who should be dressing the baby? What should the baby be wearing?” (Hendson, Reis & Nicholas, 2015, p.23). Nós, enfermeiros, temos de perguntar. Cada família é única, cada cultura é única e quando não sabemos como adequar os cuidados à família, à sua cultura, temos de questionar. *“How do you need this to be for your family right now?”* (Ibid). É importante que os profissionais de saúde façam estas perguntas aos pais/aos elementos significativos, que não façam julgamentos de valor e que sejam recetivos à diferença. Têm de falar com as famílias, têm de lhes fazer perguntas (Hendson, Reis & Nicholas, 2015).

3.4 - Urgência Pediátrica

Este foi o contexto em que, nos primeiros turnos, me senti fora da minha zona de conforto, uma vez que a minha experiência em serviço de urgência era quase nula até então. Este facto tornou muito pertinente este contexto de estágio.

Neste local cumpri atividades como diálogo com a enfermeira responsável do serviço para apresentação do projeto de estágio; diálogo com a enfermeira orientadora para apresentação do projeto de estágio e entrega do guia de estágio; observação participativa da interação/comportamento das famílias de diferentes culturas; observação da intervenção da EEESIP; reflexão sobre a intervenção da mesma; procura da comunicação com a criança/o jovem e família de acordo com o seu estágio de desenvolvimento e recetividade, *background* cultural e subcultural, com recurso a técnicas de comunicação adequadas; realização de mesa redonda para apreciar e comentar um conjunto de fotografias publicadas num jornal on-line, sendo o título da reportagem fotográfica “O que as Mulheres de Todo o Mundo levam na Mala para o Parto”. Devo destacar que apesar de o tema da mesa redonda estar relacionado com a maternidade, a reportagem fotográfica estava inequivocamente voltada para a diversidade cultural e subcultural e a discussão incidiu precisamente sobre a multiculturalidade e as diferenças de recursos das famílias de diferentes culturas (Apêndice IV). Efetuei também neste local vasto

trabalho de pesquisa bibliográfica para o desenvolvimento de conhecimentos; Consulta de manuais, normas e protocolos de atuação de cuidados de enfermagem do serviço.

A carta da criança hospitalizada elucida que a hospitalização só deve acontecer se em casa, em hospital de dia ou em consulta externa não se conseguir assegurar os cuidados necessários à doença da criança (Instituto de Apoio à Criança, 1998). A verdade é que a realidade é outra e por isso a afluência aos serviços de urgência não tem sido decrescente.

O primeiro atendimento e, consequente, acolhimento, em que pude participar, bem como as primeiras avaliações começam na sala da triagem, com o enfermeiro, de acordo com um determinado método de triagem, que no caso é o *Manchester Triage Scale*, pois existem outros modelos de triagem. Tive a oportunidade de observar e realizar triagens com a supervisão da enfermeira orientadora, reconhecendo a importância do enfermeiro neste primeiro contacto com a criança/a família. A triagem permite ao enfermeiro efetuar e estabelecer uma classificação de prioridade clínica com base nos sinais e sintomas apresentados. Além disso, permite encaminhar a criança/a família para a área da especialidade mais apropriada mediante a situação (Oliveira, Malha, Lopes & Mendes, 2014). Com o tempo pude assumir uma prestação de cuidados cada vez mais ativa em colaboração com a enfermeira orientadora. Todas as intervenções em que participei foram alvo de reflexão posterior com a enfermeira orientadora, quer fosse na triagem, quer fosse na sala de tratamentos, de forma a promover o desenvolvimento de julgamento clínico e tomada de decisão.

A acompanhar o acolhimento ao serviço de urgência e a avaliação de todos os outros sinais vitais pertinentes, a avaliação da dor nunca foi descurada neste contexto, implementando a escala da dor adequada à idade da criança, por meio de uma avaliação quantitativa ou qualitativa, de acordo com cada caso, implementei estratégias não farmacológicas e farmacológicas e reavaliei o efeito das intervenções para o alívio da dor. Desta forma pude desenvolver as seguintes competências: **E2.1** – reconhece situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte e presta cuidados de enfermagem apropriados; **E1.2** – Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a

vida ou a qualidade de vida da criança/jovem; e **E2.2** – faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas.

Incluir as crianças/as famílias nas decisões, nas intervenções, no planeamento de cuidados e nos próprios cuidados, mantendo-as informadas e adequando a comunicação ao seu grau de compreensão e tendo em conta a sua visão de saúde/doença foi e é diariamente uma preocupação na minha prestação. Mas só os podemos incluir se efetivamente os capacitarmos para isso, dando-lhe informação objetiva, de acordo com a idade e o seu grau de compreensão (Ordem dos Enfermeiros, 2011b). Este “ (...) é considerado um princípio ético com repercussões em todo o processo de cuidados, desde a admissão até ao momento do regresso a casa” (Ordem dos enfermeiros, 2011b, p.91) e destaco que esta foi uma prática imprescindível neste estágio, pelo que desenvolvi a competência. Desta forma pude trabalhar novamente a competência **E3.3** – Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura.

Em vários momentos “passeei” pelo serviço de urgência oferecendo disponibilidade e vontade para ajudar quem precisasse, foram momentos de oportunos de esclarecimentos de dúvidas, de partilha de experiências e para estabelecer hipóteses de soluções para a gestão dos recursos familiares. Fui um elo de ligação entre os elementos da família e entre a família e os profissionais de saúde. Houve uma situação em que a tia de um adolescente se encontrava muito preocupada, com marcada labilidade emocional porque a alta clínica era incerta e prestei um grande apoio emocional. Também foi necessário intervir com apoio emocional em situações em que pais/cuidadores se encontravam muito ansiosos e insatisfeitos com o tempo de espera entre a triagem e a avaliação médica. Na verdade os pais/cuidadores tornam-se ansiosos e assumem comportamentos “agressivo-defensivos” porque estão amedrontados com o estado de saúde dos seus filhos, sendo que o apoio emocional e a o fornecimento de informação sobre o porquê da demora permitiu apaziguar os ânimos e fazê-los sentir que não estão sozinhos, que estamos a prestar atenção à situação clínica das crianças, verificando-se diminuição da tensão.

3.5 - Internamento Médico – Cirúrgico de Pediatria em contexto público e em contexto privado

Para o estágio em contexto de internamento foram definidas atividades comuns e específicas de acordo com o local. As que se apresentam em primeiro lugar são as atividades comuns para ambos os locais. As específicas foram definidas consoante o contexto – se público ou privado – em que me encontrava a estagiar, pois algumas atividades faziam sentido num contexto e não faziam sentido no outro e vice-versa. Assim, para ambos os contextos (público e privado) desenvolvi entrevistas informais com as enfermeiras responsáveis do serviço para apresentação do projeto de estágio e entrega do guia de estágio e logo aqui pude verbalizar e demonstrar a minha posição em relação à importância da competência cultural. Identificar, respeitar e importarmo-nos com as diferenças culturais dos doentes, os seus valores, as suas preferências e as necessidades que nos expressam foi imprescindível (Institute of medicine, 2003 citado por Siebert, Holloway & Gilbert, 2012).

Enquanto enfermeira que cuida de crianças em contexto de internamento hospitalar, adquiri e desenvolvi um amplo conjunto de competências prévias que me permitiu promover o desenvolvimento infantil harmonioso neste contexto tão específico, trabalhando as competências **E3.1** – promove o crescimento e o desenvolvimento infantil nas crianças internadas; **E3.4** – Promove a auto-estima do adolescente e a sua autodeterminação nas escolhas relativas à saúde; **E2.5** – Promove a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade, o que é possível com o envolvimento intencional com as famílias, bem como **E2.1** – Reconhece situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte e presta cuidados de enfermagem apropriados.

Também no internamento de um hospital público me senti capaz de prestar cuidados com autonomia à criança/ao jovem e família, pois o contexto de internamento é onde exerço funções, mas em contexto privado. A observação da interação/do comportamento/das atitudes das famílias de culturas diferentes; a comunicação com a criança/o jovem e a sua família de acordo com o seu estágio de desenvolvimento e, com recurso a técnicas de comunicação adequadas; a

identificação das principais diferenças culturais e subculturais das famílias com crianças/jovens internados; a iniciativa para a interação com as famílias, desejavelmente, de culturas e subculturas variadas ajudou a desenvolver a competência **E2.2** – faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas. Esta gestão passa primeiro pela avaliação da dor de acordo com escalas que são implementadas mediante a idade e o estágio de desenvolvimento cognitivo da criança e depois pela explicação clara e no tempo adequado de todo o(s) procedimentos(s). A implementação da brincadeira livre e/ou terapêutica, de um ambiente de afetividade e de segurança ajuda a criança a ultrapassar os stressores da hospitalização. A implementação de medidas farmacológicas e não farmacológicas para alívio da dor são obrigatórias numa perspetiva de cuidados não traumáticos. As medidas não farmacológicas por exemplo são de

carácter psicológico, descritas como eficazes em situações de dor ligeira, procedimentos dolorosos ou como complemento aos analgésicos, uma vez que aumentam o sentimento de controlo da dor e promovem uma maior autonomia da criança (Ordem dos Enfermeiros, 2013, p.13).

Também toda a interação e a dinâmica da relação que desenvolvi na prestação de cuidados a famílias de diferentes culturas, com respeito pela sua cultura e subcultura promoveu a salvaguarda dos direitos da criança hospitalizada e do seu interesse superior. Foi fundamental a reflexão sobre a intervenção da EESIP, uma intervenção de carácter culturalmente congruente. Ainda para o desenvolvimento das competências propostas foi capital a pesquisa bibliográfica para o desenvolvimento de conhecimentos assim como a reflexão na e sobre a prática e o saber em ação.

A partilha de experiências com a enfermeira orientadora sobre as diferentes as barreiras ao cuidar culturalmente competente durante a hospitalização das crianças e suas famílias; a partilha de experiências sobre a importância do cuidar culturalmente competente permitiu-me desde logo desenvolver múltiplos conhecimentos, adequar e fundamentar a minha prática de acordo com as diferenças de religião, de estatuto socioeconómico, de crenças em relação à saúde/doença, etc.

Não ser capaz de compreender um doente pode afetar drasticamente o acesso a informação importante, colocar em causa a sua saúde, as decisões clínicas, o planeamento dos cuidados, para além do facto de deixar os profissionais de saúde frustrados e insatisfeitos (Tuohy, McCarthy, Cassidy & Graham, 2008). Uma vez mais, trabalhei no sentido de desenvolver a competência **E3.3** – Comunica com a criança de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura. Promovi ambientes de implementação da brincadeira, de expressão de emoções e sentimentos por parte da criança, momentos de dança e de canto que conduziram à relação de confiança.

Para o contexto público, “aproveitei-me” do facto de a enfermeira orientadora ter origens africanas para lhe ir colocando questões de resposta aberta, quase como se de uma entrevista semiestruturada se tratasse, introduzindo/sugerindo motes para a partilha de opiniões, experiências e aprendizagens sobre a diversidade e a competência cultural.

Para o contexto privado efetuei um planeamento de formação em serviço sobre a importância da competência cultural e como a desenvolver; e afixação no *placard* da sala de registos de um folheto com o *Sunrise Model*, cuja cor do panfleto mudou em dias alternados. Este estágio, em contexto privado, foi o mais curto, teve a duração de duas semanas, pelo que não foi possível realizar a “mesa redonda” que tinha programado, mas está já a ser planeada em articulação com a enfermeira responsável do serviço onde exerço funções e com a enfermeira responsável pela formação em serviço. É o local onde pretendo implementar ações de sensibilização e de formação regulares para o desenvolvimento do cuidar culturalmente competente, pois nele que nasceu a temática do relatório, pois

a sensibilização para as diferentes heranças culturais e culturas individuais em presença começa com a abertura para a compreensão das razões históricas, sociais, contextuais que motivam um comportamento ou crença. Requer reflexão não só sobre perspectivas guiadas por especificidades étnicas e culturais mas, também, sobre a multiplicidade de outros elementos que fundamentam um comportamento ou escolha, com a intencionalidade de criar compreensão entre todos. Deixar a lente de ver o mundo de forma etnocêntrica e colocar-se na realidade e contextos do Outro, permite criar empatia. Porque a diversidade humana é um facto da vida e criar diálogo e conhecimento a partir dela é uma parte essencial de qualquer prática de saúde família (Hoffmann, Pardeck, Skibinski, Yuen & Pardeck, 2002).

Durante as duas semanas, afixei o diagrama do modelo *sunrise* no *placard* da sala de registros, local onde decorre a transmissão de informação entre turnos. A estratégia foi utilizar folhas coloridas para a impressão do diagrama e em dias alternados substituía a folha por uma nova de outra cor (Anexo VI), o que levou vários enfermeiros a questionar sobre o propósito da sua afixação, a ler e a interpretar o diagrama.

No contexto privado, frequentemente, os pais/cuidadores são detentores de conhecimento e formação diferenciados, são proactivos na pesquisa de informação acerca dos motivos de internamento dos filhos e, inclusivamente, pesquisam as formas de tratamento, são na sua maioria, pessoas com formação que colocam questões sobre tudo o que acontece durante a hospitalização, não por dúvidas relativas aos cuidados e/ou às decisões, mas porque querem estar informados sobre todo o plano de cuidados. São famílias que se tratam por “você” e não por “tu”, são famílias que contratam amas a *full time*, mesmo nas férias de família, são famílias que contratam enfermeiros para tomar conta dos bebés durante a noite, são famílias que nem sempre participam nos cuidados, porque os delegam em amas e/ou enfermeiras, são famílias que antes da alta clínica esperam pela ama para escutar os ensinamentos sobre os cuidados a ter em casa. Perante estas e muitas outras particularidades das famílias de classe social mais alta, surgem não só comportamentos de evicção, de rejeição, mas juízos de valor por parte dos enfermeiros. O que é errado. Os direitos humanos são naturais e universais, porque são inseparáveis da pessoa humana e transcendem fronteiras, tal como se dedicam a todos, independentemente do sexo, da raça da nacionalidade, ou convicções (Nunes, Amaral & Gonçalves, 2005; Declaração Universal dos Direitos do Homem, 2006).

Uma valiosa estratégia é o preenchimento adequado da avaliação inicial, a qual deve ser preenchida nas primeiras 24 horas de internamento. É uma ferramenta que permite conhecer várias particularidades da família e só pode ser preenchida falando com ela. É à família que colocamos todas as questões, pois não existe outra forma de a conhecermos. Na avaliação inicial (Apêndice VI), para além de avaliações antropométricas, antecedentes pessoais e cirúrgicos, podemos ficar a conhecer a nacionalidade, o idioma em que se exprimem e o idioma mãe (se for o caso). É preciso observar para se poder avaliar e por isso estes dois conceitos são

muitas vezes inseparáveis, pois a observação é não só a intervenção chave de uma boa avaliação, mas uma etapa imprescindível para um diagnóstico bem fundamentado (Alarcão & Tavares, 2003). Por isto consegui desenvolver a competência **E1.2** – Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afectar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem.

Devido às parcerias com seguradoras são inúmeras as famílias de outros países que recorrem ao internamento no contexto privado, quer seja em situação de doença aguda, quer seja em situação programada (como atletas, turistas, imigrantes que residem em Portugal ou, inclusivamente, famílias que residem noutros países, mas que só recorrem aos cuidados de saúde neste hospital).

Se existe afeto, se existe funcionalidade na família, se existe dinâmica entre os elementos, se existe comunicação eficaz entre eles, se existe amor, respeito e preocupação pelo bem - estar e superior interesse da criança/do jovem e as suas necessidades, bem como pelo seu desenvolvimento e crescimento, então, está tudo bem, para quê mudar? O EEESIP “utiliza um modelo conceptual centrado na criança e família encarando sempre este binómio como beneficiário dos seus cuidados” (Ordem dos Enfermeiros, 2010b, p.1).

A prestação de cuidados centrados na família é a linha orientadora para o cuidar e a melhor forma de honrar a diversidade cultural, étnica e socioeconómica. É imperativo que o cuidado culturalmente competente seja considerado e praticado como um elemento inerente ao cuidar de novas famílias imigrantes (Hendson, Reis & Nicholas, 2015) e em todas as outras.

Para Purnell & Paulanka (2010), a família é constituída por duas ou mais pessoas que se envolvem emocionalmente, mas que podem não viver, necessariamente, em proximidade. Para a Ordem dos Enfermeiros (2010c) a família representa “um grupo de pessoas, considerado como um todo coletivo ou uma unidade social, formada por elementos ligados através da consanguinidade, afinidade emocional ou parentesco legal, e que inclui pessoas que são importantes para o cliente” (Ordem dos Enfermeiros, 2010c, p.101). Mas atenção, a própria conceção de família é diferente de família para família e de cultura para cultura. Por exemplo, para as famílias ciganas mais conservadoras é a avó paterna e a mãe que cuida do bebé, para famílias ciganas mais modernas o pai já participa ativamente

nos cuidados. Para as famílias tradicionais portuguesas mais conservadoras, o pai não presta cuidados diretos à criança, quem os presta é a mãe, que fica em casa e não trabalha. Nos dias de hoje já não é tão notória esta diferença de género e de papel parental. Se uma família hispânica recorre a um serviço de urgência, para o gabinete entram o pai, a mãe, a avó, a tia, etc., ou se é uma família cigana entram para o gabinete as cuidadoras do bebé - a avó paterna e a mãe - o pai fica com a restante família na sala de espera ou à porta da urgência. Já na família asiática, a mãe não pode sair de casa no primeiro mês após o parto, por isso é o pai quem leva o bebé à urgência e em caso de necessidade o acompanha durante o internamento nesse mesmo caso (Lee, Anderson & Hill, 2006). Também Saúde/doença são conceções relativas, multidimensionais e individualizadas, que envolvem “todos os sistemas em que a pessoa se insere (...) traduzindo-se na capacidade dela própria se realizar enquanto ser humano de natureza biológica, psicológica, social e cultural” (Abreu, 2001, p.29). Na compreensão, na adequação da prestação de cuidados às diferenças culturais foi possível desenvolver a competência, no envolvimento da família na tomada de decisão e na parceria de cuidados, na preparação da família para a alta foi possível desenvolver a competência **E3.2** – promove a vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do recém-nascido (RN) doente ou com necessidades especiais.

se olharmos para a criança/família além do contexto hospitalar imediato iremos ver que, em casa momento, está presente uma oportunidade para trabalhar as características pessoais, como a vinculação segura, recursos psicológicos, conhecimento e expectativas realistas, maximizando assim os efeitos benéficos da hospitalização (Ordem dos Enfermeiros, 2010c, p.96).

Na interação com as famílias de diferentes culturas desenvolvi assim, a competência **E1.1** – Implementa e gere em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem.

Aqui exploro este tema, tal como me poderia ter debruçado sobre as especificidades da etnia cigana ou de outra etnia qualquer, no internamento pediátrico ou sobre as particularidades das famílias testemunhas de jeová, das particularidades de famílias homossexuais, das particularidades da alimentação de acordo com cada cultura, por exemplo, e dos juízos de valor, estereótipos e preconceitos que daí advêm. Pretendo equiparar as particularidades de classe e/ou

de estatuto social às singularidades de etnia, de género, de religião, entre outras, pois são tão importantes como todas as outras características e exercem grande peso nas intervenções de enfermagem. Se olharmos para o modelo *sunrise* (Anexo VI) os fatores socioeconómicos estão lado a lado com todos os outros, não são menos importantes. Como tal, considero ser pertinente a preparação previa dos enfermeiros para tais diferenças, longe de julgamentos, juízos de valor, comportamentos de evicção e/ou de etnocentrismos. Cuidar de uma família de classe média é diferente de cuidar de uma família de classe alta. Tal como cuidar de uma família portuguesa é diferente de cuidar de uma família indiana. É, por isso, imprescindível cuidar com equidade, isto é, *“Dar a cada um o que lhe é devido”*, ou de acordo com as suas necessidades, não pode ser confundido com *“dar o mesmo a todos”*, sendo antes *o dar a cada um de acordo com as suas circunstâncias*” (Nunes, Amaral & Gonçalves, 2005, p.66).

Durante a minha observação participante nos dois locais de estágio de internamento, pude constatar que os enfermeiros fazem frequentes juízos de valor, muitas vezes são espontâneos que nem se apercebem e mesmo que se apercebam, acham natural falar de forma não estruturada sobre as crianças/as famílias. Constatei também que há enfermeiros que não têm conhecimentos sobre competência cultural ou acerca das estratégias que permitem desenvolver esta competência, para além dos EEESIP e dos enfermeiros peritos. Por fim, verifiquei que, no contexto de internamento os enfermeiros não têm perceção de que não só as famílias de classe social mais baixa podem ser vítimas de etnocentrismos, estereotipagem, preconceito e comportamentos de evicção também as famílias de classe social mais elevada o podem ser. Pela experiência dos diferentes locais e pela minha prática clínica, considero ser um facto incontornável e inegável que a desigualdade de classes e estatutos sociais está inevitavelmente associada a uma desigualdade económica e de recursos das famílias. As seguradoras são facilitadoras, cada vez mais, dos internamentos em contexto privado, pelo que é frequente a relação com famílias de todas as culturas, de todas as classes sociais. O hospital deve ser um ambiente em que todos se sintam acolhidos, por isso *“(…) deve oferecer às crianças um ambiente que corresponda às suas necessidades físicas, afectivas e educativas, quer no aspecto do equipamento, quer no do pessoal e segurança”* (Instituto de Apoio à Criança, 1998, p.13).

Hendson & Nicholas (2015) acreditam que algumas das estratégias que os profissionais de saúde podem usar para mitigar a fragilidade da interação entre pessoas de diferentes culturas passa por envolver e moderar; acreditar na filosofia de cuidados centrados na família; compreender a perspectiva cultural do “outro” e a educação e formação para o conhecimento de outras culturas e das suas particularidades (ter acesso a um “Manual de culturas”, por exemplo no serviço que é um dos meus projetos futuros).

A aposta na mediação, isto é, na capacidade de negociação “*entre partes que se respeitam e que aceitam dialogar de igual para igual*” (...) “significa a recusa da inevitabilidade do confronto sem solução, a rejeição da pandemia do ódio como resposta à crescente mobilidade de pessoas e de ideias, a negação da relatividade dos direitos humanos (Oliveira, Galego & Godinho, 2005, p.21). O mediador deve ter formação para adotar e manter uma posição neutra, ajudando as partes em conflito a encontrar soluções e valorizando de forma positiva o conflito e o “debate” (Ibid). Recorre-se à mediação quando esta

é aplicável a todas as situações onde a negociação é utilizável, como por exemplo em decisões conjuntas e participadas, no estabelecimento de consensos, no alinhamento de opiniões ou de programas (...) nas relações de família, nas organizações, nas comunidades (...) enfim, em todas as situações em que os vários intervenientes procurem chegar a um acordo e onde a comunicação entre as partes é deficiente ou apresenta dificuldades na resolução dos conflitos. Assim, genericamente, podemos dizer que o objetivo da mediação consiste em levar as partes a colaborarem na resolução do problema, em vez de se manterem intransigentemente agarradas a posições inultrapassáveis e antagónicas (Oliveira, Galego & Godinho, 2005).

3.6 – Sintetizando...

Este subcapítulo surge em jeito de resumo, no sentido de sistematizar o pensamento. Considero ter atingido os objetivos e as competências a que me propus e penso que as atividades desenvolvidas foram pertinentes. Há inúmeras atividades que poderia ter desenvolvido, mas que em tão pouco tempo me foi impossível, por outro lado, surgiram outras atividades, que não havia previsto e tiveram um impacto positivo.

Com o início do percurso de estágio iniciou-se também o caminho de desenvolvimento de competências comuns do enfermeiro especialista (Ordem dos Enfermeiros, 2010a), de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde da criança e do jovem (Ordem dos Enfermeiros, 2010b), e de competências atribuídas a quem possui o grau de mestre, como o domínio de conhecimentos, detenção de capacidade de compreensão; aplicação desses conhecimentos na resolução de problemas face a condições novas e/ou imprevistas, integração de conhecimentos aliados à perspicácia para lidar com situações complexas e desenvolver soluções nos diferentes contextos socioculturais; comunicação das conclusões, partilha de conhecimentos e raciocínios subjacentes; desenvolvimento de competências promotoras de aprendizagens ao longo da vida (Decreto de Lei n.º 115/2013).

Como Benner (2001) afirma, só as enfermeiras com mais de 3 a 4 anos de experiência, as proficientes, são competentes para identificar as particularidades de uma situação em mudança, tendo ainda a habilidade para dar respostas satisfatórias de acordo com as características específicas de cada situação e de cada família. A enfermeira proficiente consegue integrar na sua prática uma enfermagem holística, percecionando as situações como um todo e não de forma fragmentada (*Ibid*). Muito dificilmente nos primeiros anos de experiência nos proibimos de juízos de valor e de opiniões impulsivas e espontâneas relativas aos doentes pois, para além da escassez de conhecimentos e a inexperiência em, efetivamente lidar com seres humanos numa situação de hospitalização, numa relação que ambicionamos ser terapêutica, estamos muito mais focados em regras e tarefas (*Ibid*).

Atendendo a que os clientes de cuidados são cada vez mais seres de diferentes culturas, os enfermeiros, para além de necessitarem de ser detentores das competências referidas, precisam, igualmente, de adquirir/desenvolver sensibilidade e competência cultural. Este pressuposto reforça, ainda mais, o quão importante e urgente é a educação para a competência cultural, em que “*o código deontológico não pertence ao domínio da meta alcançar mas do imediato a cumprir, do dever de hoje (e isto em cada hoje se vive)*” (Nunes, Amaral & Gonçalves, 2005, p.16).

Os padrões éticos profissionais assentam num conceito moral básico que é a preocupação com o bem-estar de outros seres humanos.

Não basta a qualidade científica e a técnica, pois “somos *gente que cuida de gente*”, pelo que se exige uma qualidade humana e humanizadora. E quase não seria preciso lembrar que o respeito por si próprio, enquanto pessoa, é condição fundamental para respeitar o Outro, ou, como afirma Jean Watson (1968) temos de tratar-nos com gentileza e dignidade para podermos olhar o outro com gentileza e dignidade (Nunes, Amaral & Gonçalves, 2005, p.17).

Considero que, a minha prestação em todos os locais de estágio demonstrou interesse e respeito pelos princípios éticos, salvaguardando a autonomia, a privacidade, a intimidade e a confidencialidade da criança/do jovem e família. Relativamente aos cuidados que prestei a crianças e suas famílias, considero que o fiz sem qualquer discriminação, salvaguardando os seus direitos, sem juízos de valor, tratando a informação de forma confidencial e respeitando a intimidade e a privacidade.

“O *enfermeiro é o “princípio activo” do cuidar com equidade*” (...) “Neste contexto, torna-se pertinente que os enfermeiros se apercebam da multiplicidade e complexidade das suas vivências perante o cuidar com equidade, para que possam alcançar as mudanças na prestação de cuidados padrão” (Lourenço & Azevedo, 2006, p.21). A partilha de experiências com os vários enfermeiros dos locais de estágio, presente em todo o percurso foi fundamental para a angariação de conhecimentos e enriquecimento da prestação de cuidados. Também segundo Tuohy, McCarthy, Cassidy & Graham (2008), a partilha de experiências é uma boa forma de debater a diversidade cultural.

Ao terminar este percurso sinto-me mais capaz para prestar cuidados à criança/ao jovem e família de diferentes culturas e subculturas, munida de sensibilidade e de estratégias, caminhando no sentido de dar resposta à complexidade das suas necessidades em saúde, pois a panóplia de conhecimentos desenvolvidos ajudou a fundamentar a minha prática, a desenvolver as competências propostas e, acima de tudo, a aplicá-las no dia-a-dia.

Ter um nível intelectual elevado não garante por si só que uma pessoa consiga deter obrigatoriamente as competências necessárias para desempenhar o seu trabalho de forma distinta, mas sim que possui um elevado potencial para as adquirir (Goleman, 2005). É por isso que a evolução de iniciado a perito prende-se muito mais com a gestão e articulação entre as competências emocionais e as

competências racionais, do que com o tempo de experiência, como corrobora Benner (2001). É o enfermeiro perito quem se envolve com o cliente mas facilmente (Benner & Wrubel, 1989). De facto, as *“aptidões necessárias para triunfar começam com a capacidade intelectual, mas as pessoas necessitam também de competência emocional para aproveitar ao máximo os seus talentos e a razão por que certas pessoas não atingem o potencial máximo está na incompetência emocional”* (Goleman, 1999 p.32).

O interesse, a sensibilidade e a consciência cultural, faz querer conhecer as famílias; querer estar com elas; querer estudar mais sobre as suas culturas; querer adequar os comportamentos, as atitudes, as intervenções e a prestação de cuidados. Quando falamos de prestação de cuidados de enfermagem, é uma prestação que já contempla os fatores culturais e subculturais das famílias. Tal como tenho de vestir a minha farda para poder trabalhar, tenho de contemplar a cultura e a subcultura como integrantes e dissociáveis da vida das crianças/das famílias para planejar, implementar, registar e reavaliar o meu plano de cuidados.

A prática reflexiva foi transversal a todo o estágio e tentei demonstrá-lo não só na prática clínica efetiva, mas na realização de uma reflexão para cada estágio que se pode consultar em apêndices. Para cada local de estágio elaborei também um guia de estágio onde se apresenta um breve enquadramento conceptual, os objetivos de estágio, as atividades e as competências propostas, facilitador da apresentação da minha problemática. Devido à dimensão do relatório encontra-se apenas um dos guias de estágio juntamente com a reflexão do primeiro local de estágio, uma vez que os guias para os diferentes locais de estágio tiveram a mesma base de construção. Senti-me, muitas vezes um elo de ligação entre a criança/a família, os profissionais de saúde e a situação da saúde/doença. *“(...) A criança deve ser tratada com cuidado e compreensão em todas as circunstâncias”* (Instituto de Apoio à Criança, 1998, p.16).

os enfermeiros têm que entender que os doentes podem ter outra visão do mundo e outras interpretações do que é a saúde e a ausência dela, baseada em crenças socioculturais e religiosas, que lhe são próprias. Se os enfermeiros as conhecerem e forem sensíveis a elas, poderá estabelecer-se uma boa relação e os cuidados de enfermagem serão culturalmente eficazes (Phipps, Sands, & Marek, 2003, p. 29)

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS E PROJETOS FUTUROS

A realização deste Mestrado em Enfermagem teve como objetivo a obtenção do título EEESCJ e do grau de mestre. O trajeto apresentado emergiu de uma problemática identificada em contexto de trabalho e da necessidade de desenvolver competências humanas, técnicas e científicas, pessoais e profissionais, para a prestação de cuidados de enfermagem especializados à criança, ao jovem e à família, nos cinco contextos de estágio definidos pela Ordem dos Enfermeiros.

O percurso de estágio foi de grande riqueza, possibilitando a vivência de novas experiências, bem como o conhecimento de outras realidades da prestação de cuidados, o que contribuiu para o desenvolvimento do julgamento clínico e da tomada de decisão com base numa prática de enfermagem avançada, baseada na evidência.

Durante todo o percurso a filosofia de cuidados centrados na família e de cuidados não traumáticos foi uma preocupação e uma realidade dos enfermeiros com vista à promoção do crescimento e desenvolvimento infantil de forma harmoniosa.

Uma prestação de cuidados de qualidade, com vista à maximização da saúde da criança/da família, baseada em quadros conceptuais que mobilizam teorias e conceitos distintos, passa pela promoção de um cuidar culturalmente competente. O desenvolvimento do relatório assentou na única teórica que desenvolveu uma conceção de cuidados que associa a transculturalidade aos cuidados de enfermagem, na perspetiva de que os cuidados dever ser culturalmente congruentes, já que o contexto cultural das crianças tem uma influência importante na sua forma de ver o mundo. Madeleine Leininger introduziu uma das mais importantes teorias de enfermagem, que entre a multiculturalidade crescente que hoje se vive, permite uma prestação de cuidados completamente humanizada e centrada na pessoa como um todo.

A temática em torno do despertar para um cuidar culturalmente competente enquanto problemática foi transversal a todos os campos de estágio. Em todos eles a prática reflexiva e a análise das práticas de enfermagem relativas ao cuidar na diversidade cultural permitiu: adequar a prestação de cuidados ao contexto cultural das crianças no seio familiar, permitiu identificar a abordagem que devo assumir

para despertar os enfermeiros para o cuidar culturalmente competente, identificar medidas que poderei implementar para incitar a inclusão das essências culturais das famílias no planeamento de cuidados e identificar as barreiras à prestação de cuidados culturalmente competentes, como se pode consultar no subcapítulo dos projetos futuros.

É, ou deve ser, amplo o campo de intervenção do enfermeiro especialista em saúde da criança/do Jovem, porque possui e partilha as ferramentas para intervir em todo o contexto em que a criança/o jovem e sua família careça de cuidados visando a promoção da saúde, o bem-estar, a prevenção de complicações e o autocuidado (Ordem dos Enfermeiros, 2011a)

Para uma prestação de cuidados adequados à cultura e subcultura das famílias é essencial caracterizar o grau de participação dos pais/elementos significativos nos cuidados (Ordem dos Enfermeiros, 2011a). Para compreender esse grau de participação, seja dos pais/pessoa significativa ou do prestador informal de cuidados, bem como a inclusão nos cuidados à criança/ao jovem, *“deve estabelecer-se uma comunicação onde predomine a partilha de conhecimentos”* (Ordem dos Enfermeiros, 2011a, p.15 e 16). Para isso, é essencial um trabalho prévio em *“que se capacite e disponibilize o suporte necessário para dotá-los de competências para a gestão proficiente nos cuidados aos seus filhos, visando a sua autonomia e capacitação para uma tomada de decisão informada em diferentes domínios do percurso assistencial”* (Ordem dos Enfermeiros, 2011a, p.15 e 16).

As variadas oportunidades de aprendizagem resultantes da prestação de cuidados, da observação, das avaliações, da partilha de ideias, de convicções e de experiências que decorreram em cada local de estágio, em harmonia com o interesse e a curiosidade pela diversidade cultural, contribuíram para o desenvolvimento de um cuidar culturalmente competente, bem como para despertar os outros profissionais para um cuidar culturalmente competente.

No final deste percurso sinto-me mais preparada, segura e confiante para prestar cuidados holísticos à criança/ao jovem e família de diferentes culturas e subculturas, e empoderada de conhecimento para dar resposta a situações de eventual complexidade, respeitando a criança/a família, no seu ambiente e com a sua própria concepção de saúde/doença das famílias (metaparadigmas da enfermagem). Porém, não me vejo como enfermeira perita, talvez me enquadre num

nível entre a enfermeira proficiente e a enfermeira perita (se este existisse), que ambiciona muito ser perita um dia.

Por tudo o que já foi referido e analisado, considero que este foi um importante caminho de construção e de desenvolvimento pessoal e profissional, tendo alcançado os objetivos a que me propus, a metodologia adotada foi apropriada e ficam descritas as competências desenvolvidas neste relatório. No entanto, não se esgotam os conhecimentos e competências a desenvolver com este relatório, mas as desenvolvidas serão mobilizadas permanentemente na prestação de cuidados de enfermagem especializados à criança/ao jovem e família e na partilha de conhecimentos entre a equipa.

A prática, neste caso, a dos estágios, bem como a minha prática profissional é em si mesma, um modo de se obter conhecimento, como bem defende Patrícia Benner (2001). Ao atingir os objetivos a que me propus, espero corresponder ao enfermeiro especialista que a OE define:

enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem presta cuidados de nível avançado com segurança e competência à criança/jovem saudável ou doente, proporciona educação para a saúde, assim como identifica e mobiliza recursos de suporte à família/pessoa significativa. Tem como desígnio o trabalho em parceria com a criança/jovem e família/pessoa significativa, em qualquer contexto em que ela se encontre, em hospitais, centros de saúde, escola, comunidade, instituições de acolhimento, cuidados continuados e casa, de forma a promover o mais elevado estado de saúde possível (Ordem dos Enfermeiros, 2011a, p.10).

4.1 - Projetos Futuros

É fundamental investir na prevenção do etnocentrismo, de juízos de valor que influenciam negativamente a prestação de cuidados e investir na sensibilização dos profissionais para a sensibilidade e competência cultural.

Os projetos futuros que possam responder, explorar e desenvolver esta problemática não passam pela implementação de consultas de enfermagem ou de técnicas e, por isso, pode não se tornar um trabalho tão visível como outros. Passa sim pela mudança de comportamentos, por conhecer e aprofundar uma filosofia de cuidados culturalmente sensíveis e competentes, que são inequivocamente centrados na criança ou no jovem, saudável ou doente, e na sua família; cuidados

em parceria; não traumáticos, onde impera o superior interesse da criança integrada no seu ambiente e na sua família.

Tendo desenvolvido competências culturais durante todo o percurso espero poder tornar-me um elemento de referência nas questões relacionadas com as especificidades de um cuidar culturalmente competente no meu serviço. Perspetivo ainda a elaboração de instrumentos de referência, que denominarei de *kit*, onde se integre um manual de serviço de competência cultural, bem como materiais direcionados para o desenvolvimento da competência cultural, evidência científica, exemplares de atividades, bibliografia sobre especificidades culturais e subculturais e sugestões de como intervir perante tais particularidades, bibliografia estruturada para facilitar a integração dos princípios de competência cultural no serviço, entre outros recursos que se verifiquem pertinentes para a construção do *Kit* (American Association of Colleges of Nursing, 2008, citado por Siebert, Holloway & Gilbert, 2012).

Pretendo, ainda, depois de um levantamento das necessidades formativas da equipa de enfermagem do serviço onde presto cuidados, levar a cabo um estudo, com ajuda de entrevistas estruturadas ou semiestruturadas sobre a perceção dos próprios enfermeiros relativas às suas reações negativas durante a prestação de cuidados a crianças/famílias de culturas e subculturas diferentes, identificando barreiras e estratégias para diminuir essas reações, que já foram referidas ao longo do trabalho.

Outras Iniciativas para o futuro são ações de sensibilização e formação sobre competência cultural no âmbito do contexto da formação em serviço, na integração de novos enfermeiros e de alunos de enfermagem no serviço; ações de sensibilização para os enfermeiros voltados para o registo assíduo, em processo clínico do doente, de particularidades culturais e subculturais pertinentes que possam interferir/restringir a prestação de cuidados (valores, crenças, participação dos pais nos cuidados, religião, modo de vida, regras de comunicação que utilizam, idioma em que se exprimem, etc.); e discussão regular no seio da equipa sobre barreiras, sentimentos, emoções e/ou dificuldades/barreiras sentidas no cuidar de famílias com especificidades culturais e subculturais menos frequentes ou não habituais nos clientes.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, W. (2001). *Transições e Contextos Multiculturais: Contributos para a anamnese e Recurso aos cuidadores informais*. (2ª ed.). Coimbra: Formasau - Formação e Saúde, Lda.
- ACM. (data desconhecida). Centro Nacional de Apoio à Integração de Migrantes (CNAIM) Lisboa: Ministério da Saúde. Disponível on-line em: <http://www.acm.gov.pt/pt/-/cnai-lisboa>. (último acesso a 3.03.2018).
- ACM. (data desconhecida). Portugal mantém e melhora 2º lugar no IV Índice de Políticas de Integração de Migrantes. Disponível on-line em: <http://www.acm.gov.pt/-/iv-index-de-politicas-de-integracao-de-migrantes-portugal-e-um-pais-de-integracao->. (ultimo acesso a 3.03.2018).
- Alarcão, I & Tavares, J. (2003). *Supervisão da Prática Pedagógica. Uma perspectiva de Desenvolvimento e Aprendizagem*. Aveiro: Universidade de Aveiro.
- Alligood, M. R., & Tomey, A. M. (2002). Significance of theory for nursing as a discipline and profession. *Nursing theorists and their work*, 5, 14-31.
- Andrews, M. & Boyle, J. (2012). *Transcultural Concepts in Nursing Care*. (6ª ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.
- Siebert Barbara, D. N. P., Kathy Holloway DNP, R. N., & Pamela Gilbert, D. N. P. (2012). *A transcultural immersion experience: implications for nursing education*. *ABNF journal*, 23(4), 81.

- Batalha, L. M. C. (2010). *Dor em pediatria: compreender para mudar*. Lisboa: Lidel.
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito. Excelência e poder na prática clínica de Enfermagem*. Coimbra: Quarteto.
- Benner, P. & Wrubel, J. (1989). *The primacy of caring*. California: Addison-Wesley.
- Berlin, A., Nilsson, G., & Törnkvist, L. (2010). *Cultural competence among Swedish child health nurses after specific training: A randomized trial*. *Nursing & health sciences*, 12(3), 381-391.
- Berlin, E. A., & Fowkes Jr, W. C. (1983). A teaching framework for cross-cultural health care—application in family practice. *Western Journal of Medicine*, 139(6), 934.
- Berry, J. (2004). Migração, Aculturação e Adaptação. In S. DeBiaggi & G. Paiva (Eds). *Psicologia, imigração e cultura*. 29-46. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Braga, C. G. (1997). *Enfermagem transcultural e as crenças, valores e práticas do povo cigano*. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 31(3). 498-516.
- Breemen, C. (2009). Using play therapy in paediatric palliative care: listening to the story and caring for the body. *Review International Journal of Palliative Nursing*. 15(10). 510-514. Acedido a 17.12.2015. Disponível em <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=14&sid=a52a694f-f38f-45aa-bba8-8b16d82db3df%40sessionmgr4001&hid=4206>.
- Brislin, R. W., & Yoshida, T. (1994). *Intercultural communication training: An introduction* (Vol. 2). Sage Publications.

- Brito, A., Vicente, B., Reis, A., & Amendoeira, J. (2015). *Intervenções de enfermagem culturalmente congruentes em imigrantes. Revista da UIIPS*. 3(5). 75-90.
- Campinha-Bacote, J. (2002). *The process of cultural competence in the delivery of healthcare services: A model of care. Journal of transcultural nursing*, 13(3), 181-184.
- Campinha-Bacote, J. (2011). *Delivering patient-centered care in the midst of a cultural conflict: The role of cultural competence. The Online Journal of Issues in Nursing*. 16(2).
- Chang, M., & Kelly, A. E. (2007). Patient education: Addressing cultural diversity and health literacy issues. *Urologic Nursing*, 27(5), 411-417.
- Charepe, Z. (2014). *Promover a Esperança em pais de crianças com doença crónica: Modelo de Intervenção em Ajuda Mútua*. Lisboa: Universidade Católica Editora.
- CNA. (2008). *Advanced Nursing Practice: A National Framework*. Ottawa: Association des Infirmiers du Canada.
- Conselho Internacional de Enfermeiros. (2011). CIPE® Versão 2 – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. do original "*ICNP® Version 2 – International Classification for Nursing Practice*". (H. Castro, Trans.). Santa Maria da Feira: Ordem dos Enfermeiros.
- Crespo, S., Rodrigues, R., Vicente, C., Amendoeira, J., & do Céu, M. (2014). Teoria da diversidade e universalidade do cuidado cultural: análise segundo o método sintético de McEwen e Wills. *Revista da Unidade de Investigação do IPSantarém*. v, 2, 1-20.

Cross, T. et al. (1989). *Towards a Culturally Competent System of Care: A Monograph on Effective Services for Minority Children Who Are Severely Emotionally Disturbed*. Washington, D.C: Georgetown University Child Development Center.

Decreto-Lei n.º 115/2013. Aprova o Regime Jurídico dos Graus Académicos e Diplomas do Ensino Superior. *Diário da República I Série*, N.º 151 (07-08-2013), 4749-4772. Disponível em www.dre.pt.

Del Pino, F. J. P., Soriano, E., & Higginbottom, G. M. (2013). *Sociocultural and linguistic boundaries influencing intercultural communication between nurses and Moroccan patients in southern Spain: a focused ethnography*. *BMC nursing*, 12(1), 14.

Diogo, P., Vilelas, J., Rodrigues, L., & Almeida, T. (2015). Enfermeiros com competência emocional na gestão dos medos de crianças em contexto de urgência. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, (13), 43-51.

Diogo, P. (2015). Trabalho com as emoções em enfermagem pediátrica: Um processo de metamorfose da experiência emocional no ato de cuidar (2ª ed.). Loures: Lusociência.

Direção-Geral de Saúde. (2013a). *Plano Nacional de Saúde 2012-2016*. Lisboa: DGS.

Direção-Geral da Saúde. (2013b). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. Lisboa: Ministério da Saúde.

Dunn, A. M. (2002). *Culture competence and the primary care provider*. *Journal of Pediatric Health Care*. 16(3). 105-111.

- El-Amouri, S., & O'Neill, S. (2011). *Supporting cross-cultural communication and culturally competent care in the linguistically and culturally diverse hospital settings of UAE. Contemporary Nurse*, 39(2), 240-255.
- Ferreira, M. M. (2016). *Formar melhor para um melhor cuidar. Millenium-Journal of Education, Technologies, and Health*, (30), 123-137.
- Fundação Aga Khan Portugal. (2015). *Famílias di cá. Lisboa: A cor laranja*.
- Goleman, D. (1999). *Inteligência Emocional*. (1ª edição). Braga: Temas e Debates.
- Goleman, D. (2005). *Trabalhar com Inteligência Emocional* (3ª edição). Lisboa: Temas e debates.
- Goode, T., & Jones, W. (2006). *A guide for advancing family-centered and culturally and linguistically competent care. Washington, DC: National Center for Cultural Competence, Georgetown University Center for Child and Human Development*.
- Grupo Português de Triagem. (2015). *Sistema de Triagem de Manchester*. Disponível on-line em: http://www.grupoportuguestriagem.pt/index.php?option=com_content&view=article&id=4&Itemid=110 (último acesso a 30.03.2018).
- Hendson, L., Reis, M. D., & Nicholas, D. B. (2015). *Health care providers' perspectives of providing culturally competent care in the NICU. Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 44(1), 17-27.
- Hockenberry, M. & Wilson, D. (2014). *Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente*. (9ª ed.). Loures: Lusociência.
- Hoffmann, F. W., Pardeck, J.T., Skibinski, G. J., Yuen, F. KO. & Pardeck, J.A. (2002). *Family Health Social Work Practice*. NY: Routeledge.

Instituto de Apoio à Criança. (1998). Carta da Criança Hospitalizada. Lisboa: IAC.

Jirwe, M., Gerrish, K., Keeney, S., & Emami, A. (2009). *Identifying the core components of cultural competence: findings from a Delphi study. Journal of Clinical Nursing*, 18(18), 2622-2634.

Langdon, E. J., & Wiik, F. B. (2010). *Antropologia, saúde e doença: uma introdução ao conceito de cultura aplicado às ciências da saúde. Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 18(3). 173-181.

Las Casas, A. L. (2008). Marketing educacional: da educação infantil ao ensino superior no contexto brasileiro. *São Paulo: Saint Paul*.

Lee, C. A., Anderson, M. A., & Hill, P. D. (2006). *Cultural sensitivity education for nurses: a pilot study. The Journal of Continuing Education in Nursing*, 37(3), 137-141.

Leever, M. G. (2011). *Cultural competence: Reflections on patient autonomy and patient good. Nursing ethics*, 18(4), 560-570.

Leddy, S. & Pepper, M. (1993). *Conceptual Bases Professional Nursing*. (3ª ed). New York: Lippincott Company.

Leininger, M. (1991). *Culture Care Diversity and Universality: a theory of Nursing*. New York: National League for Nursing Press.

Leininger, M. (2001). *Culture Care Diversity and Universality: A Theory of Nursing*. (2ª ed.). Massachusetts: Jones & Bartlett Publishers.

Leininger, M. (1990a). *Ethical and Moral Dimensions of Care*. Detroit: Wayne State University Press.

- Leininger, M. (1990b). *Ethnomethods: the philosophic and epistemic bases to explicate transcultural nursing knowledge. Journal of Transcultural Nursing*. 1(2). 40-51.
- Leininger, M. M. (1988). *Leininger's theory of nursing: Cultural care diversity and universality. Nursing Science Quarterly*. 1(4). 152-160.
- Leininger, M., & McFairland Marilyn, R. (2002a). Transcultural nursing concepts, theories, research & practice.
- Leininger, M. (2002b). *Transcultural Nursing and Globalization of Health Care: Importance, Focus and Historical Aspects*. In M. Leininger & M. McFarland (Eds.), *Transcultural Nursing: Concepts, Theories, Research and Practice* (3^a ed., pp.3-43). Michigan: McGraw-Hill, Medical Publishing Division.
- Lopes, J. C. R., Santos, M. C., Matos, M. S. D., & Ribeiro, O. P. (2009). *Multiculturalidade: Perspectivas da enfermagem, Contributos para Melhor Cuidar. Loures: Lusociência*.
- Lopes, C. (2013). Como Fazer Citações e Referências para Apresentação de Trabalhos Científicos: aplicação prática a norma APA (2010,). ISPA.
- Lourenço, T & Azevedo, P. (2006). *Vivências dos Enfermeiros Perante o Imperativo de Cuidar com Equidade*. Sinais Vitais. 64. 21-26.
- Matthews-Juarez, P., & Juarez, P. D. (2011). Cultural competency, human genomics, and the elimination of health disparities. *Social work in public health*, 26(4), 349-365.
- Marcellesi, J. B., & Gardin, B. (1975). *Introdução à sociolinguística: a linguística social*.

- McCormack, B. (2006). Development of a framework for person-centred nursing. *Journal of Advanced Nursing*. 56(5). 472-479. **DOI:** 10.1111/j.1365-2648.2006.04042.x.
- McEvoy, L & Duffy, A. (2008). Holistic practice – A concept analyses. Nurse Education in Practice. *Journal of Advanced Nursing*. 14. 330-335. **DOI:** 10.1016/j.nepr.2008.02.002.
- Morin, E. (1998). Complexidade e Liberdade. *Publicação de ensaios THOT. Associação Palas Athena, São Paulo*. 67. 12-19. Acedido a 18-03-2016. Disponível em: <http://www.teoriadacomplexidade.com.br/textos/teoriadacomplexidade/Complexidade-e-Liberdade.pdf>.
- Morin, E., Castoriadis, C., Moigne, J., Roger, E., Carvalho, E., Bianchi, F. ... Pena-Vega, A. (1999). *O Pensar Complexo: Edgar Morin e a crise da modernidade*. Brasil: Garamond.
- Moura, M. A. V., Chamilco, I., da Silva, R. A., & Silva, L. R. D. (2005). A teoria transcultural e sua aplicação em algumas pesquisas de enfermagem: uma reflexão. *Esc. Anna Nery Rev. Enferm.* 9(3). 434-440.
- Munoz, C., & Luckmann, J. (2005). Culturally competent care: Transcultural differences in response to pain. *Transcultural communication in nursing*.
- Nunes, L. (2010). *Metodologia de Projeto: coletânea descritiva de etapas*. *Revista Percursos*. Acedido a 20-06-2015. Disponível em: http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf.
- Nunes, L., Amaral, M. & Gonçalves, R. (2005). *Código Deontológico do enfermeiro: dos comentários à análise de casos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Oliveira, A., Galego, C. & Godinho, L. (2005). A mediação socio-cultural: um puzzle em construção. Disponível on-line em: <http://www.om.acm.gov.pt/documents/58428/177157/Estudo+14.pdf/526ae9d4-de4b-4a7f-be41-224ded16e9cb> (último acesso a 20.03.2018).

Oliveira, A., Malha, A., Lopes, J. & Mendes, M. (2014). Triagem de Prioridades da Urgência Pediátrica. Lisboa: Centro Hospitalar de Lisboa Central, Hospital de Dona Estefânia, Serviço de Urgência Pediátrica.

ONU. (2006). Declaração Universal dos Direitos do Homem. *Adoptada e proclamada pela Assembleia Geral das Nações Unidas, na sua Resolução 217ª (III), 10.*

Ordem dos Enfermeiros. Enfermeiro de Família. (data desconhecida). Disponível on-line em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/madeira/Documents/ARTIGOS%20ENFERMEIROS%202014/Enfermeiro%20de%20Familia%20-%20Cmaio14.pdf>. (ultimo acesso a 26.02.2018).

Ordem dos Enfermeiros. (2013). Guia Orientador de Boa Prática: Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança. *Cadernos OE. Série, 1(6).*

Ordem dos Enfermeiros. (2015). Guia orientador de boa prática - Adaptação à parentalidade durante a hospitalização. 1(8).

Ordem dos Enfermeiros. (2010c). Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. *Cadernos OE. Série I, 1(3).*

Ordem dos Enfermeiros. (2011b). Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. *Cadernos OE. Série I. 2(3)*

Ordem dos Enfermeiros. (2007). *Modelo de Desenvolvimento Profissional - Especialização em Enfermagem*. Lisboa: Conselho Directivo Nacional.

Ordem dos Enfermeiros. (2010a). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Ordem dos Enfermeiros*. Acedido a 30-05-2016. Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf.

Ordem dos Enfermeiros. (2010b). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem. *Ordem dos Enfermeiros*. Acedido a 30-05-2016. Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciaCrian%C3%A7aJov_aprovadoAG_20Nov2010.pdf.

Ordem dos Enfermeiros. (2011a). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde da criança e do jovem. *Assembleia Extraordinária do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*.

Oriá, M. O. B., Ximenes, L. B., & Alves, M. D. S. (2005). Madeleine Leininger and the theory of the cultural carediversity and universality-an historical overview. *Online Brazilian Journal of Nursing*, 4(2), 24-30.

Paulo, M. Alexandre, V. Galhofas, T. Mil-Homens, S. & Diogo, P. (2010). O Lugar no Afecto na Prática de Cuidados de Enfermagem em Contexto Pediátrico. Perspectivas de Crianças, Jovens, Pais e Enfermeiros. *Revista Pensar em Enfermagem*. 14(2). 70-81.

Perrenoud, P. (1996). *La construcción del éxito y del fracaso escolar: hacia un análisis del éxito, del fracaso y de las desigualdades como realidades construidas por el sistema escolar*. Ediciones Morata.

Peters, M., Godfrey, C., McInerney, P., Soares, C., Hanan, K., & Parker, D. (2015). The Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual 2015: Methodology for JBI Scoping Reviews.

- Petronilho, F. (2007). *Preparação do regresso a casa*. Coimbra: Formasau.
- Phipps, W., Sands, J. & Marek, J - (2003). *Enfermagem medico-cirúrgica: conceitos e prática clínica*. (6ª edição). Loures: Lusociência.
- Pinto, J. P., Ribeiro, C. A., Pettengill, M. A. M., & Balieiro, M. M. F. G. (2010). Cuidado centrado na família e sua aplicação na enfermagem pediátrica. *Revista Brasileira de Enfermagem*.
- Pinto, S. (2011). *Espiritualidade e a Esperança da Pessoa com Doença Oncológica: Estudo numa população de doentes em quimioterapia*. Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. Dissertação de Mestrado. Porto.
- Pontes, J., Tabet, E., Folkmann, M.A., Cunha, M. & Almeida, F. (2015). Brinquedo terapêutico: preparando a criança para a vacina. 13(2): 238-42. **DOI:** 10.1590/S1679-45082015AO2967.
- Purnell, L., & Paulanka, B. (2010). Cuidados de saúde transculturais: Uma abordagem culturalmente competente. *Loures: Lusodidacta*.
- Querido, A. (2005). *A Esperança em Cuidados Paliativos*. Universidade de Lisboa. Faculdade de Medicina de Lisboa. Dissertação de Mestrado. Lisboa.
- Racher, F. E., & Annis, R. C. (2007). Respecting culture and honoring diversity in community practice. *Research and theory for nursing practice*. 21(4). 255-270.
- Ramos, N. (2012). Comunicação em Saúde e interculturalidade – Perspectivas Teóricas, Metodológicas e Práticas. RECIIS, 6(4). <http://doi.org/10.3395/reciis.v6i4.672pt>.

- Ramos, N. (2013). Cuidados de saúde e comunicação na sociedade multicultural: discutindo interculturalidade(s), práticas e políticas em saúde. *Revista Inter-Legere*, 1(11).
- Ramos, N. (2016). Mães e famílias entre culturas: saúde, desenvolvimento e cuidados interculturais. *Seguridade social, interculturalidades e desigualdades na contemporaneidade*, 230-269.
- Rituals. (2017). Open Your Heart. Edição de inverno. Amstelveen: MPG.
- Rodrigues, J. (2015). Psicologia 12º. Estereótipos, Preconceito e Discriminação. Disponível on-line em: <https://pt.slideshare.net/JoannaFi/psicologia-12-45724193>. (último acesso a 2.02.2028).
- Saint-Exupéry, A. (2015). *O príncipezinho: Com ilustrações do autor*. Leya.
- Silva, A. & Freitas, M. (2010). O ensino do cuidar na Graduação em Enfermagem sob a perspectiva da complexidade*. *Rev Esc Enferm USP*. 44(3). 687-693. Acedido a 18-03-2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n3/19.pdf>.
- Simões, C. M. A. R., & Simões, J. F. F. L. (2007). Avaliação inicial de enfermagem em linguagem CIPE® segundo as necessidades humanas fundamentais. *Referência*, 2(4).
- Sutton, M. (2000). Improving patient care: Cultural competence. *Family practice management*, 7(9), 58-60.
- Tavallali, A. G., Kabir, Z. N., & Jirwe, M. (2014). Ethnic Swedish Parents' experiences of minority ethnic nurses' cultural competence in Swedish paediatric care. *Scandinavian journal of caring sciences*, 28(2), 255-263.
- Tavares, P. (2011). *Acolher Brincando. A Brincadeira Terapêutica no Acolhimento de Enfermagem à Criança Hospitalizada*. Lusociência: Loures.

- Thibodeaux, A. G., & Deatricks, J. A. (2007). Cultural influence on family management of children with cancer. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*. 24(4). 227-233.
- Tuohy, D., McCarthy, J., Cassidy, I., & Graham, M. M. (2008). Educational needs of nurses when nursing people of a different culture in Ireland. *International nursing review*, 55(2), 164-170.
- UNICEF. (1990). A Convenção sobre os Direitos da Criança. Para todas as crianças Saúde, Educação, Igualdade, Proteção. *Assembleia Geral das Nações Unidas*. 1-51. Acedido a 12.07.2016. Disponível em https://www.unicef.pt/docs/pdf_publicacoes/convencao_direitos_crianca2004.pdf.
- UNDP (New York, NY etc.). (2004). *Human development report 2004: Cultural liberty in today's diverse world*. Oxford University Press.
- WaterAid. (2016). O que as Mulheres de Todo o Mundo levam na Mala para o Parto. Disponível on-line em: <http://p3.publico.pt/actualidade/sociedade/21899/o-que-mulheres-de-todo-o-mundo-levam-na-mala-para-o-parto> (último acesso a 30.03.2018).
- Weaver, H. (2008). Striving for cultural competence: Moving beyond potential and transforming the helping professions. Cultural competency training in a global society. In: DANA, R.; ALLEN, J. (Ed.). New York: Springer. 135-155.
- Wiebe, A., & Young, B. (2011). Parent perspectives from a neonatal intensive care unit: a missing piece of the culturally congruent care puzzle. *Journal of Transcultural Nursing*, 22(1), 77-82.
- Wong D. (1999). *Enfermagem Pediátrica. Elementos Essenciais à Intervenção Efectiva*. (5ª ed.). Brasil: Guanabara Koogan.

Zengerle-Levy, K. (2004). Practices that facilitate critically burned children's holistic healing. *Qualitative Health Research*, 14(9), 1255-1275.

Zoboli, E. L. C. P., & Schveitzer, M. C. (2013). Valores da enfermagem como prática social: uma metassíntese qualitativa. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 21(3). 695-703.

Zlotnik, J. L. (2008). Retention of front-line staff in child welfare: A systematic review of research. *Children and Youth Services Review*, 30(9), 995-1008.

APÊNDICES

APÊNDICE I – Reflexão sobre o Estágio numa Unidade de Saúde Familiar



**7º CURSO DE MESTRADO E PÓS-LICENCIATURA EM ENFERMAGEM DE
SAÚDE INFANTIL E PEDIATRIA**

UNIDADE CURRICULAR: ESTÁGIO COM RELATÓRIO

**DESPERTAR PARA UM CUIDAR CULTURALMENTE
COMPETENTE: CONTRIBUTO DO ENFERMEIRO
ESPECIALISTA EM SAÚDE INFANTIL E PEDIATRIA**

REFLEXÃO

UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR

Discente

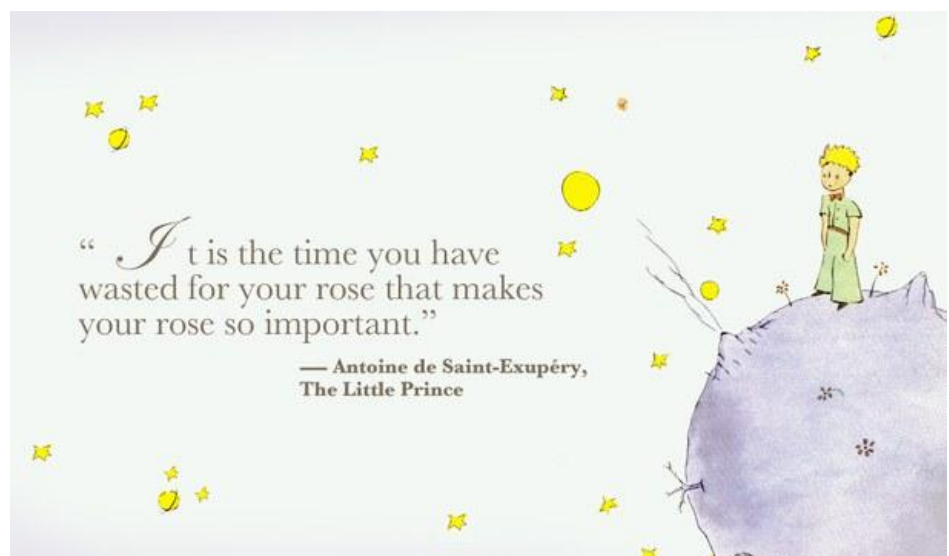
Sandra Inês Gomes Carneiro, Nº 6717

Docente Orientador

Prof.^a Maria Manuela Soveral

LISBOA

Outubro, 2016



Fonte: <https://i.pinimg.com/originals/f2/90/3f/f2903f5da8935ded345942a563b5535b.jpg>

Foi “aqui” que tudo começou, o primeiro estágio, o início de um caminho onde o tempo que “perdi ou que ganhei” serviu para que a minha rosa começasse a florescer, mas ela não nasceu e começou a crescer simplesmente, ela brotou com brilho, elegância, beleza e foi impossível não reparar nela, por isso se tornou tão importante.

O Estágio realizado em contexto de Cuidados de Saúde Primários, mais propriamente numa Unidade de Saúde Familiar (USF) teve a duração de quatro semanas. Concretizei todos os objetivos a que me propus, bem como as atividades. Com o decorrer do estágio tive necessidade de adicionar objetivos e atividades para além das que tinha estipulado inicialmente, que se pode consultar no guia de estágio que se encontra em apêndice 1, para que, assim, conseguisse desenvolver as competências delineadas.

Foi uma etapa extremamente enriquecedora, que permitiu a interação com famílias de diferentes culturas e subculturas, num contexto diferente daquele a que estou habituada, num contexto de saúde e não de “doença/internamento”, em que as famílias recorrem aos serviços de saúde para vigilância da saúde infantil e juvenil no âmbito de cuidados de saúde primários. Constatei uma enorme diversidade cultural e subcultural, nomeadamente ao nível de raças (caucasiana, africana asiática e australiana), nacionalidades, etnias, idades, religiões e classes socioeconómicas, pelo que, independentemente do teor, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria (EEESIP) deve estar preparado para lidar com a inevitabilidade desta diversidade e o que esta implica, e este estágio teve grande contributo nesta preparação. O EEESIP deve saber estar, saber ser e saber cuidar do outro, da melhor forma possível, independentemente das suas próprias crenças, com respeito pelas crenças, valores, religião, padrões de vida, etc, de quem cuida, sem preconceitos, estigmas ou estereótipos, dominando uma visão “culturalmente consciente”, tendo “consciência da sua própria existência, sensações, pensamentos, e ambiente” e não permitindo que estes elementos exerçam uma influência inapropriada no outro (Purnell & Paulanka, 2010, p.468).

Pude participar nas consultas autónomas de Enfermagem de Saúde Infantil e Juvenil com alguns ensinamentos, com brincadeiras, avaliação de dados antropométricos (peso, perímetro cefálico, altura e avaliação de percentis),

esclarecimento de dúvidas dos pais, administração de vacinas, registos no sistema informático, em visitas domiciliárias, numa sessão de formação como formadora, etc. Tive o prazer de presenciar consultas, na minha perspetiva, estruturadas, organizadas, fundamentadas e ricas em informação, em competência e sensibilidade cultural.

Nas consultas a que assisti sempre ouviu (L) a família, se ouviu a própria criança, se explicou (E) e se reconheceram (A) os próprios pontos de vista da equipa de saúde, mas também os da família. Os Enfermeiros demonstraram notável flexibilidade, interesse, disponibilidade e abertura para os valores, crenças, perspetivas, expectativas, princípios e valores das diferentes famílias, tão únicas nas suas crenças culturais e subculturais e em nenhum momento se elaboraram juízos de valor, apesar da enorme diversidade de culturas. Foram feitas recomendações (R), por meio de ensinamentos (sobre alimentação, higiene oral, a brincadeira, etc.), orientações sobre (amamentação, crescimento e desenvolvimento saudáveis, etc), troca de experiências com as famílias, e foram realizadas negociações (N) entre o enfermeiro, o médico e a família, quando por exemplo sugerimos brinquedos/brincadeiras para estimular o desenvolvimento psicomotor da criança, quando sugerimos refeições e/ou rotinas para que a criança com excesso de peso evolua para uma criança obesa, etc. Aqui vemos presente a mnemónica **LEARN**, preconizada por diversos autores do mundo da multiculturalidade como ferramenta fundamental para um cuidar transcultural competente (Campinha-Bacote, 2011). Constatei uma enorme “valorização dos cuidados antecipatórios como fator de promoção da saúde e de prevenção da doença, nomeadamente facultando aos pais e a outros cuidadores, os conhecimentos necessários ao melhor desempenho, no que respeita à promoção e proteção dos direitos da criança e ao exercício da parentalidade, em particular no domínio dos novos desafios da saúde” (DGS, 2013b, p.3). Desafios que estão ligados aos emergentes movimentos anti vacinas; à motivação para o cumprimento do plano nacional de vacinação; ao investimento na promoção da saúde mental e psiquiátrica e prevenção de perturbações comportamentais e emocionais; no despiste precoce de doenças que afetam de forma negativa a saúde das crianças e que podem ser corrigidas; à articulação de projetos, programas e estruturas para o bem-estar das crianças entre os vários sectores que não apenas os da saúde (educação,

social, etc), para a promoção do crescimento e desenvolvimento saudáveis; ao trabalho em equipa dos vários sectores, para responder às necessidades e problemas mais complexos de saúde; e aos desafios na responsabilização gradual das crianças e jovens para a sua própria autodeterminação no que respeita às suas crenças e decisões de saúde.

As consultas de saúde infantil e juvenil, e ainda mais com as alterações descritas no PNSIJ (2013b), evidenciam e reforçam o compromisso entre a família e a enfermeira, a empatia, e o conhecimento que a enfermeira detém das diferentes famílias e das suas particularidades. A alteração da cronologia das consultas nas diferentes idades-chave, relativamente à versão de PNSIJ de 2005 tornou esta cronologia mais flexível, permitindo que fosse mais fácil para cada família organizar-se, de acordo com os seus recursos para consequentemente, uma otimização do acesso aos cuidados de saúde, diminuindo-se, por exemplo, a frequência de deslocações das famílias ao centro de saúde, proporcionando que se desloquem aos serviços de saúde com assiduidade, para além de incentivar a vigilância de cada vez mais crianças (PNSIJ, 2013b). Também a adaptação das curvas de crescimento da Organização Mundial de Saúde (OMS) à população portuguesa, foi uma alteração importante para a obtenção de uma avaliação mais eficaz no que respeita à evolução estado-ponderal da criança/ do jovem (PNSIJ, 2013b).

A forma como a Enfermeira já conhece cada família (e os seus elementos) ao pormenor, como ajustou a sua comunicação, a sua relação, a sua postura e o seu saber perante as diferenças culturais e subculturais de cada família foi admirável. Por isso, em vários momentos, surgiu-me, inevitavelmente, a conceção de Enfermeiro de família. Um conceito que os Centros de Saúde que contemplam uma organização em USF se veio instaurar e se tem vindo a cimentar e, que a 2 de Novembro de 2016 se consagrou como uma área de especialidade. O Enfermeiro de Família é um modelo de organização de cuidados que constitui, indubitavelmente, uma vantagem para a qualidade dos cuidados. O Enfermeiro de Família “afigura-se, como o elo de referência entre o serviço de saúde e a população”¹, que cuida das famílias, com uma visão focada numa “relação de ajuda de maior confiança, nas diversas situações de crise e em todos os processos de saúde-doença”¹ e, por isso, de maior proximidade. O enfermeiro de família realiza ensinamentos em

vários domínios como fatores de risco comportamentais, estilos de vida, intervindo com as famílias em questões relacionadas com a sua saúde, instaurando sentimentos de apoio, suporte, segurança e estabilidade¹. Um acompanhamento do enfermeiro que parece ser desde sempre e para sempre. O enfermeiro conhece famílias inteiras, mesmo antes dos elementos mais novos nascerem. Tive também oportunidade de assistir e participar em consultas de Planeamento Familiar (PF), fundamentais para orientar os comportamentos da família relativamente à sua saúde e à saúde da criança que iria nascer. Previamente ao estágio não tinha previsto esta atividade, mas revelou-se uma atividade de grande pertinência, porque grande panóplia de orientações e ensinamentos antecipatórios podem ser efetuados ainda antes do nascimento. Assim, acrescentei no guia de estágio esta atividade. As famílias confiam de tal maneira na enfermeira que confidenciam até questões pessoais e emocionais, solicitando com frequência ajuda na clarificação de situações emocionalmente complexas, o que só é possível com uma verdadeira relação de confiança. Tal ajuda apoiou claramente os pais, prevenindo perturbações de ordem emocional e/ou comportamental. Presenciei um enorme envolvimento e proximidade dos enfermeiros para com as famílias, muito possivelmente devido a esta “política” de Enfermeiro de Família.

Embora, não tenha competências para avaliar, nem tão pouco me caiba a mim tal função, penso que presenciei uma competência cultural tal, que transporto para o “meu” serviço de internamento de pediatria médico-cirúrgica todas estas aprendizagens. A enfermeira é uma verdadeira Enfermeira de Família, que sabe distinguir quando sugerir os cuidados de higiene de um bebé numa banheira ou num alguidar, que sabe quando indicar a compra de um termómetro de água (para averiguar a temperatura da água para o banho do bebé) ou fazer um ensino mais aprofundado sobre as zonas sensíveis da pele para avaliar, também com segurança, a temperatura da água para as famílias onde as possibilidades económicas até para comer escasseiam e por isso não podem comprar um termómetro. Sabe quando aconselhar a compra de determinados brinquedos (que proporcionem estímulos para o desenvolvimento cognitivo, intelectual, músculo-esquelético e sensorio-motor mediante as diferentes idades) ou orientar para o uso de objetos que já existam no domicílio da família que, reciclados, podem, igualmente, estimular o desenvolvimento

das crianças, pois é extremamente importante não negligenciar os ensinamentos sobre o brincar em casa, já que a brincadeira tem como importantes funções o desenvolvimento sensoriomotor, o desenvolvimento intelectual, a socialização, a criatividade, a autoconsciência, os valores morais e, ainda, o valor terapêutico, já que existem muitas formas de promover o conforto e bem-estar da criança ou mesmo aliviar a dor, com recurso ao brincar terapêutico, que pode ser realizado tanto pelos pais como pelo enfermeiro (Hockenberry & Wilson, 2014).

A enfermeira demonstrou tamanha competência cultural, sabendo perfeitamente quando dizer a um pai cigano: “o Sr pode ajudar a cuidar do bebé”. Pois, de facto, existem já muitos pais ciganos que, hoje em dia, ajudam as mães ciganas a cuidar dos seus bebés porque é sua vontade, mas claro está que existem famílias ciganas ainda muito conservadoras em relação às funções de cada elemento da família e a enfermeira soube quando direccionar tais ensinamentos. Como podemos constatar, a apreciação da dinâmica da família e da sua rede de suporte sociofamiliar constitui uma das preocupações da EEESIP (DGS, 2013b, p.12).

Uma situação, também interessante, foi a de uma mãe paraguaia, casada com um cubano, que questionou a Enfermeira sobre se poderia dar chá ao seu bebé (de 2 meses), uma vez que em Cuba tal é considerado natural e saudável, para além de alimentos muito condimentados, mas o que a mãe realmente pretendia saber era se havia alguma contra-indicação em oferecer chá a um bebé tão pequeno. A enfermeira mencionou que em Portugal tal prática não está preconizada e que, se a mãe concordasse, talvez pudesse esperar até ao 1º ano de vida e, só nessa altura, iniciar pequenas doses de chá, com colheres de café, de forma esporádica e optando por chás mais suaves como cidreira, tília e camomila. Esta foi uma situação simples, tendo a mãe do bebé concordado com as recomendações da enfermeira.

Testemunhei, de facto, uma enorme preocupação da enfermeira orientadora pelos hábitos e padrões específicos das famílias, personalizando e adequando os procedimentos e ensinamentos de acordo com a cultura e subcultura das famílias. A “minha” enfermeira orientadora é uma enfermeira que pergunta “quem cuida do bebé?” porque podem ser os pais, os avós, avós, empregadas, educadoras de infância, ou seja, que não assume pressupostos,

porque para conhecer as famílias há que questionar, há que conversar e ouvir parte a parte. Por exemplo, numa consulta durante a qual uma mãe de classe social alta contava como ia gerir as férias na neve com os seus 4 filhos, passava por “levar” a sua empregada consigo para cuidar deles, a Enfermeira, simples e naturalmente, apoiou a forma como a família ia dar apoio, funcionalidade e felicidade às crianças durante as férias, sem qualquer depreciação.

Com o decorrer do estágio, e maravilhada com a sensibilidade cultural dos enfermeiros da USF, realizei um pequeno questionário para averiguar o tempo de experiência profissional dos Enfermeiros. Todos trabalham há mais de 10 anos, e independentemente da formação académica foi notória a competência cultural destes. Obviamente, não me cabe a mim avaliar ou julgar a competência cultural do outro, mas, como “aprendiz” senti que foi extremamente contributivo para o meu desenvolvimento pessoal, além do profissional. Julgo que o tempo de experiência profissional e, como tal, as inevitáveis múltiplas vivências dos enfermeiros e o facto de a minha enfermeira orientadora ser EESIP tiveram um peso importante na forma sensível e competente como estes enfermeiros cuidam das “suas” famílias.

Relativamente às competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem sinto que pude intervir junto da criança/do jovem no seio da sua família, favorecendo a sua saúde. Fui um incentivo ao “desenvolvimento harmonioso, dentro de parâmetros normais” que “é basilar para uma vida adulta saudável” com enormes repercussões na saúde e, por isso, na vida, dos cidadãos (DGS, 2013b, p.2). Isto apenas se torna possível, implementando e gerindo, em parceria com a criança/com a família, um plano de cuidados que, além se ser promotor da saúde, seja promotor de uma particular parentalidade (Ibid). No contexto de estágio na USF não surgiu a oportunidade de cuidar da criança/da família em situações complexas. Contudo, o facto de a enfermeira orientadora fazer parte do núcleo de apoio de jovens em risco permitiu-nos debater situações de especial complexidade, nomeadamente envolvendo maus tratos. A Consulta de Vigilância de Saúde Infantil e Juvenil é, de facto, “uma oportunidade privilegiada na atuação de triagem, avaliação, intervenção e orientação” tanto nas situações

psicopatológicas, como na de risco de maus tratos, entre outra (DGS, 2013b, p.2).

No decorrer do estágio pude colaborar na prestação de cuidados personalizados, que responderam às necessidades de crescimento e desenvolvimento da criança/do jovem e sua família, tendo em conta as características tão particulares de cada etapa do ciclo vital (DGS, 2013b).

Foi um estágio extremamente importante para conhecer com maior profundidade o Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ), bem como alguns guias práticos da Ordem dos Enfermeiros e refletir sobre os mesmos e a sua tão grande importância prática. Também foi necessário aprofundar conhecimentos por meio de consulta bibliográfica, sobre os cuidados antecipatórios (sobre alimentação, cuidados de higiene, dentição, prevenção de acidentes, sono e repouso, eliminação vesical e intestinal, conduta perante sinais e sintomas comuns, estilos de vida saudáveis, entre outros) apropriados a cada idade e sobre o Plano Nacional de Vacinação (PNV). Também foi necessário incidir a minha pesquisa bibliográfica sobre os termos adequados e a evitar na comunicação com a criança/o jovem e sobre os medos esperados e mais frequentes nas diferentes idades.

Constatei que as várias alterações introduzidas no PNSIJ, relativamente ao PNSIJ de 2005, revelam, não só, a preocupação para com a população, mas a preocupação por um programa de saúde que se adeque às características da população portuguesa (DGS, 2013b). Já se destaca a importância que algumas características secundárias de cultura podem ter sobre determinadas tomadas de decisão. A implementação do PNSIJ conduz a um, cada vez mais, eficaz, “apoio à saúde integral infantil e juvenil” que promove “a igualdade de oportunidades de desenvolvimento para todas as crianças e jovens, independentemente dos contextos socioeconómicos das famílias e comunidades” (DGS, 2013b, p.8).

Os conhecimentos que angariei junto das famílias só foram possíveis de obter devido à minha vontade de explorar, ao meu interesse em conhecer e à minha curiosidade - o desejo cultural de que muitos autores falam. Era eu quem dava início a uma enorme conversa sobre as origens da família e a(s) forma(s) de exercer a sua parentalidade (país de origem, profissões, crenças, valores, etc., enfim, características do modo de vida que influenciam a visão do

mundo das famílias e, por isso, as suas decisões relativas à saúde/doença), promovendo um envolvimento, a discussão de ideias e partilha de experiências, que além de oferecer dinamismo à consulta me permitir conhecer algumas características culturais e subculturais da família e assim, fortalecer a relação de confiança entre enfermeiro/família.

Há um elemento fundamental, que não queria deixar de destacar no contexto da presente reflexão, que é impossível de dissociar do cuidar em Saúde Infantil e Pediatria - o brincar. Sabe-se que um dos fatores de *stress* para as crianças é o medo de procedimentos (Pontes et al, 2015), o que tem conduzido os enfermeiros a explorar e a investir cada vez mais no brinquedo/brincadeira terapêutica, verificando-se ganhos incontestáveis com esta prática para as crianças (Tavares, 2011). Durante as consultas o procedimento doloroso e invasivo mais frequente é a vacinação, mas por meio da brincadeira livre e/ou terapêutica e da adequação desta às características da criança e família, o EEESIP consegue uma maior tranquilidade e colaboração da criança com o procedimento (Pontes et al, 2015). Pude colaborar com a enfermeira orientadora, promovendo a brincadeira. No início da minha carreira profissional duvidei muitas vezes da brincadeira terapêutica, até que a minha prestação de cuidados (no local onde trabalho actualmente) implicou que recorresse regularmente a este recurso, e a prática fez-me, de facto, acreditar no enorme valor da brincadeira. Houve, particularmente duas situações de administração de vacinas a duas crianças de 5 anos, em dias diferentes que devo mencionar. Enquanto a enfermeira realizava ensinamentos antecipatórios aos pais comecei a brincar com as crianças, ambas tinham uma boneca. Primeiro ofereci-lhes o material da vacinação para manipular (seringa, compressa e penso rápido), excepto a agulha. Depois comecei a demonstrar o procedimento na boneca e incentivei as meninas a fazer o mesmo na boneca, elogiando-as e mencionando que mesmo que a boneca “chorasse” não havia mal. Depois de demonstrarmos na boneca, demonstrávamos o procedimento uma na outra alternadamente e reforçando o quão importante seria este procedimento para sermos saudáveis e consequentemente termos energia para brincar. Depois de cerca de 10 minutos em demonstrações, acabava por administrar a 1ª vacina (DTPa5VIP4), durante a qual as duas crianças colaboraram e não choraram e após a qual se elogiou muito o seu

comportamento. Na administração da 2ª vacina (VASPR), ambas as crianças choraram, mas colaboraram permanecendo quietas durante o procedimento. Após a 2ª vacina foram elogiadas pelo seu comportamento novamente, considerando o choro muito natural, para que não se sentissem inferiorizadas por terem chorado e ambas quiseram levar o material das demonstrações para casa. Tal como Pontes *et al.* (2015) verificou no seu estudo, o brinquedo terapêutico, que neste caso foi o material da administração de vacinas, revelou-se uma importante ferramenta na preparação para a vacinação, mas porque se tratava de crianças de 5 anos. A brincadeira tem, de facto, um potencial de aplicabilidade quase infindável, no âmbito da saúde. Promover a brincadeira é uma intervenção necessária e comum a várias áreas da Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria. Brincar é terapêutico em qualquer idade (Hockenberry & Wilson, 2014). Proporciona uma forma de libertar a tensão, o *stress* e outras sensações negativas com as quais a criança pode deparar-se (*ibid*). Pela brincadeira as crianças são capazes de experimentar e testar situações desafiadoras, que de outro modo não experimentariam, podem assumir e dominar posições que seriam incapazes de realizar no mundo real e revelar grande parte de si mesmas.

Na hierarquia de prioridades da criança, logo a seguir à presença do cuidador, vem a brincadeira por isso “É imprescindível que as enfermeiras brinquem com as crianças...” (Tavares, 2011 p.15). Com isto, e como afirma a Ordem dos Enfermeiros (2010c), há que assumir o brincar como uma atividade primordial do desenvolvimento infantil.

Também não posso deixar de destacar a importância das visitas domiciliárias, pois estas permitem ao enfermeiro conhecer “Os determinantes ligados ao contexto de vida, tais como os fatores de ordem cultural, política, socioeconómica, género e recursos comunitários, ao ambiente físico e às dimensões individuais de cariz genético e comportamental” (DGS, 2013b, p. 6). As visitas domiciliárias são um privilégio tanto para o enfermeiro, como para a própria criança/família, sendo um “elemento fundamental na vigilância e promoção da saúde, em particular nos dias seguintes à alta da maternidade, nas situações de doença prolongada ou crónica e nos casos de crianças, famílias ou situações identificadas como de risco” (DGS, 2013b, p.7). De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), os enfermeiros de família

podem ajudar a população a enfrentar períodos de *stress* ou de maior fragilidade, a enfrentar a incapacidade crónica e a doença destinando o tempo necessário ao acompanhamento de doentes e suas famílias nos seus domicílios¹.

A minha temática faz-me cada vez mais sentido e tem uma aplicabilidade infinita, em qualquer contexto, em qualquer idade. O que mais pretendo é alcançar uma capacidade tal, que mesmo nos internamentos mais curtos, nas relações e interações mais fugazes, eu consiga respeitar e dar espaço às crenças, valores e padrões de vida de quem cuido, instigando nos outros enfermeiros, estudantes de enfermagem, recém-licenciados, um olhar mais profundo e cuidado para as vantagens que as diferenças culturais e subculturais deixam em cada um de nós.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Campinha-Bacote, J. (2011). Delivering Patient-centered Care in the Midst a Cultural Conflict: The Role of Cultural Competence. *Online Journal of Issues in Nursing*. 16(2). 1-8. Acedido a 11-06-2016. Disponível em <http://web.a.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=5&sid=2df30b71-0889-44d7-8d67-79aaa4cd5257%40sessionmgr4005&hid=4106&bdata=JnNpdGU9ZWlv c3QtbGl2ZQ%3d%3d#AN=104644039&db=rzh>.
- Direção-Geral da Saúde. (2013b). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Hockenberry, M. & Wilson, D. (2014). *Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente*. (9ª ed.). Loures: Lusociência.
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). Guias orientadores de Boa Prática em Enfermagem em Saúde Infantil e Pediátrica. *Cadernos da OE*. 3(2).
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). Guias orientadores de Boa Prática em Enfermagem em Saúde Infantil e Pediátrica. *Cadernos da OE*. 3(1).
- Pontes, J., Tabet, E., Folkmann, M.A., Cunha, M. & Almeida, F. (2015). Brinquedo terapêutico: preparando a criança para a vacina. 13(2): 238-42. **DOI:** 10.1590/S1679-45082015AO2967.
- Purnell, L., & Paulanka, B. (2010). Cuidados de saúde transculturais: Uma abordagem culturalmente competente. *Loures: Lusodidacta*.
- Tavares, P. (2011). *Acolher Brincando. A Brincadeira Terapêutica no Acolhimento de Enfermagem à Criança Hospitalizada*. Loures: Lusociência.

¹<http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/madeira/Documents/ARTIGOS%20ENFERMEIROS%202014/Enfermeiro%20de%20Familia%20-%20Cmaio14.pdf>.



**7º CURSO DE MESTRADO E PÓS-LICENCIATURA EM ENFERMAGEM DE
SAÚDE INFANTIL E PEDIATRIA**

UNIDADE CURRICULAR: ESTÁGIO COM RELATÓRIO

**DESPERTAR PARA UM CUIDAR CULTURALMENTE
COMPETENTE: CONTRIBUTO DO ENFERMEIRO
ESPECIALISTA EM SAÚDE INFANTIL E PEDIATRIA**

GUIA DE ESTÁGIO NA USF

Discente

Sandra Inês Gomes Carneiro, Nº 6717

Docente Orientador

Prof.^a Maria Manuela Soveral

LISBOA

Setembro e Outubro, 2016

a cultura é um todo complexo no qual cada parte está interrelacionada. É um termo abrangente que une muitos aspetos interrelacionados e únicos da humanidade, como crenças, tradições, modos de vida e o património. É muito mais do que um país de origem ou de uma designação demográfica, como africano, americano ou caucasiano (...) é no essencial, um modo de vida de um grupo de pessoas que incorpora experiências do passado, que influencia o pensamento e a ação no presente, e que transmite estas tradições aos membros dos próximos grupos. As famílias transmitem a sua cultura aos filhos e as crianças percecionam o mundo através destas lentes culturais. (Hockenberry & Wilson, 2014, p.22)

INTRODUÇÃO

No âmbito do 7º Curso de Mestrado e Pós-Licenciatura em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria da ESEL, mais propriamente na Unidade Curricular Estágio com Relatório foi proposta pela professora orientadora a realização de um guia de estágio como forma de apresentar a temática do relatório em desenvolvimento, para o qual os diferentes estágios vão contribuir com subsídios teórico-práticos enriquecendo a prestação de cuidados à criança e família onde exerço funções.

Sabendo que cada criança é única, no seio da sua família, igualmente única, e que tem um ritmo muito próprio de crescer e se desenvolver, não seguindo padrões lineares ou contínuos, mas de certa forma, seguindo padrões previsíveis (Ordem dos Enfermeiros, 2010), cabe ao Enfermeiro Especialista de Saúde Infantil e Pediatria criar um ambiente propício à vigilância da saúde, ao desenvolvimento e crescimento saudáveis, centrando-se não só na criança, mas na família e na sua tão particular cultura, para a prestação de cuidados (Hockenberry & Wilson, 2014).

O principal objetivo do presente guia é apresentar o tema central do relatório de estágio – *Despertar para um cuidar culturalmente competente numa instituição privada* – bem como a justificação da temática e breves conceções teóricas centrais.

O guia encontra-se dividido em 2 capítulos e encontra-se estruturado de acordo com a norma *American Psychological Association* (APA).

BREVE ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

A multiculturalidade é uma realidade cada vez mais frequente no dia-a-dia do exercício do enfermeiro. No contexto de uma prestação de cuidados de Enfermagem numa entidade privada denotei que para além das particularidades culturais e subculturais associadas à raça, etnia, religião, nacionalidade (entre outras características que definem a cultura), existem especificidades associadas ao estatuto socioeconómico. Muitas das peculiaridades culturais e subculturais são desconhecidas pelo enfermeiro ou mesmo que conhecidas podem passar despercebidas por traduzirem costumes, práticas e/ou valores diferentes, mas muito próprias de cada família e, como tal, as necessidades culturais e subculturais podem ficar comprometidas durante a hospitalização.

Com a finalidade de despertar para um cuidar culturalmente competente e, assim, prevenir o choque cultural, a estereotipagem, o preconceito e as atitudes etnocêntricas daí provenientes, e de fazer justiça à vantagem que a diversidade cultural proporciona, surgiu a presente temática. Neste sentido, a exigência no cuidar aumenta significativamente, porque adequar os cuidados não só à singularidade de cada criança/família, mas às suas essências e exigências culturais quando não se está familiarizado com as particularidades das diferentes culturas é fundamental.

É imperativo formar os enfermeiros para a Enfermagem Transcultural, longe de visões preconceituosas ou etnocêntricas, prevenindo e/ou preparando-os para lidar com o choque cultural. Só assim será possível satisfazer as necessidades da criança/família numa perspetiva culturalmente competente, que, centrada na família, inclui as particularidades culturais e/ou subculturais como determinantes para o cuidar.

É necessário que os enfermeiros tenham em atenção e compreendam as diferenças e as influências culturais das e nas famílias, pois quanto melhor conhecerem os costumes, as crenças e os valores das famílias e o modo de obter esta informação, mais capazes serão na satisfação das suas necessidades, conquistando a sua cooperação e aceitação (Hockenberry &

Wilson, 2014), planeando um cuidado flexível e culturalmente competente (Pinto, Ribeiro, Pettengill & Balieiro, 2010).

Já que a temática do meu projeto também evidencia a influência que algumas das particularidades socioeconómicas das famílias exercem sobre as crianças, é essencial clarificar não só o conceito de cultura, mas o de subcultura, que apresento seguidamente.

A **cultura** consiste na “totalidade de padrões de comportamento” (Purnell & Paulanka, 2010, p.468). Agrega indivíduos que compartilham normas, costumes, práticas, estilos de vida, crenças, valores, leis, características de pensamento, relações sociais, políticas, economia, “e todos os produtos de trabalho humano” que se perpetuam de geração em geração, que orientam a visão do mundo das diferentes culturas e, naturalmente, as suas deliberações na vida. Em cada cultura há especificidades que são aprendidas, integradoras e socialmente satisfatórias (Purnell & Paulanka, 2010, p.468; Hockenberry & Wilson, 2014). São características primárias da cultura a idade, raça, nacionalidade, filiação religiosa, género e cor (Purnell & Paulanka, 2010). Já as características secundárias contemplam o *status* socioeconómico, as crenças políticas, o grau de escolaridade, a ocupação, orientação sexual, o estado civil, status parental, as características físicas e entre outras. (*Ibid*).

De salientar que a cultura representa um pilar básico para os comportamentos parentais, que propiciam a educação e o desenvolvimento das crianças (Melendez, 2005 citado por Hockenberry & Wilson, 2014).

“Uma cultura pode ter diversas subculturas, cada uma com identidade própria. As crianças são socializadas numa subcultura específica e não na cultura como um todo” por isso as diferenças comportamentais das famílias têm uma base cultural (Leininger, 1990, 1991, 2001; Hockenberry & Wilson, 2014, p.22).

Fala-se de **subcultura** quando um grupo de pessoas partilha elementos culturais comuns, que podem diferir da cultura dominante, isto é, podem aceitar certas características da cultura dominante, mas têm crenças e sentimentos únicos do seu próprio grupo (Purnell & Paulanka, 2010). Podemos, assim, distinguir diversas subculturas numa só cultura (Hockenberry & Wilson, 2014). A própria família pode ser considerada uma subcultura (Las Casas, 2008). Esta inclusão das crianças numa subcultura é quase inconsciente, involuntária até,

pois elas nascem numa família, já com uma herança racial ou étnica, crenças religiosas e nível socioeconómico próprios (Hockenberry & Wilson, 2014). São as influências subculturais, como a etnicidade, classe social, profissão dos pais, entre outras, que parecem ter a maior influência na educação e desenvolvimento das crianças (*Ibid*).

DESCRIÇÃO DOS OBJETIVOS E ATIVIDADES A DESENVOLVER

O presente capítulo apresenta os objetivos gerais traçados, bem como os objetivos específicos, as competências e atividades a desenvolver em estágio, os recursos utilizados e a avaliação

Objetivos Gerais

Os objetivos gerais são os seguintes:

- | Desenvolver competências de enfermeiro especialista em saúde da criança e do jovem nas diferentes etapas do seu desenvolvimento e nos diferentes contextos da prática de cuidados;
- | Desenvolver competências centradas num cuidar humanizado, com vista à valorização da dimensão cultural e subcultural durante a prestação de cuidados de Enfermagem à criança/ao jovem e família.

Objetivos específicos, competências e atividades a desenvolver, recursos e avaliação

A descrição dos objetivos específicos, bem como das atividades perspectivadas para o presente local de estágio, as competências a desenvolver e os respetivos recursos encontram-se seguidamente. Ressalva-se que o conjunto de objetivos específicos, atividades e recursos apresentados poderão ser reformulados e/ou complementados de acordo com a experiência decorrente dos diferentes locais de estágio. De realçar, ainda, que os objetivos e atividades delineadas tiveram sempre por base a especificidade da cultura da criança/do jovem e família.

Unidade de Saúde Familiar

26 de Setembro a 21 de Outubro de 2016

Objetivos Específicos	<ul style="list-style-type: none"> Identificar as necessidades da criança/do jovem e família inerentes ao processo de crescimento e desenvolvimento, nos diferentes estádios de desenvolvimento, no seu contexto sociocultural; Avaliar o desenvolvimento e crescimento da criança/do jovem em consulta de vigilância de saúde infantil; Promover a adoção de comportamentos saudáveis; Estimular a função parental de acordo com as crenças culturais e subculturais de cada família; Estimular o bem-estar da família, no seio das suas essências e exigência culturais e subculturais;
------------------------------	--

	<ul style="list-style-type: none"> Analisar a intervenção do enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria; Debater com os profissionais de saúde a importância do respeito pelas crenças, pelos valores, costumes e práticas culturais específicas de cada família; Aprofundar conhecimentos sobre técnicas de comunicação com a criança/o jovem de acordo com o seu estadio de desenvolvimento e cultura; Prestar cuidados culturalmente competentes a crianças/jovens e famílias de culturas diferentes; Implementar relação terapêutica culturalmente sensível com as famílias; Promover cuidados antecipatórios de acordo com a cultura e subcultura das famílias; Promover a parentalidade, tendo em conta as especificidades culturais e subculturais da família; Orientar a família para comportamentos da relativamente à sua saúde e à saúde da criança que iria nascer.
Competências a desenvolver	<ul style="list-style-type: none"> A1.1; A1.2; A1.3; A1.4; A2.1; B3.1; D1.1; D1.2; D2.2 (OE, 2010^a); E1.1; E1.2; E3.1; E3.3; E3.4 (OE, 2010^b).
	<ul style="list-style-type: none"> Apresentação do serviço pela enfermeira orientadora; Leitura do manual de acolhimento da USF; Leitura de documentação sobre o funcionamento interno (regulamento interno, carta de compromisso, plano de ação, processos assistenciais integrados de cada programa de

Atividades	<p>saúde, relatório de atividades);</p> <ul style="list-style-type: none"> Entrevista com a enfermeira orientadora para apresentação do projeto de estágio; Preenchimento de um questionário de admissão à USF como estagiária da especialidade de saúde infantil e pediatria; Pesquisa bibliográfica para o desenvolvimento de conhecimentos; Interação intencional com clientes, desejavelmente, de diferentes culturas; Observação das intervenções da enfermeira especialista; Participação com progressiva autonomia nas consultas de vigilância de saúde infantil e juvenil; Registo do momento da consulta de vigilância ou durante a vacinação em que existiu a preocupação/abordagem pelos valores culturais ou subculturais; Prestação de cuidados a crianças/jovens e famílias de culturas diferentes; Participação no cumprimento do Plano Nacional de Vacinação; Promoção da saúde oral; Prevenção de acidentes e intoxicações, por meio de ensinamentos à família; Prevenção das perturbações emocionais e de comportamento; Ensino à família para o despiste e encaminhamento precoces para situações que podem, eventualmente, afetar negativamente a vida da criança e família; Implementação da brincadeira livre e/ou terapêutica; Participação em consultas de planeamento familiar;
-------------------	---

	Sessão de formação sobre a temática e pertinência do projeto para os enfermeiros da USF.
Recursos	Equipa multidisciplinar; Criança/jovem e família; Professora orientadora; Manual de normas e protocolos; Base de dados e biblioteca da ESEL; Código deontológico; PNS e PNSIJ; Guias orientadores de boas práticas da Ordem dos Enfermeiros; Processo clínico; Escala de avaliação do desenvolvimento de <i>Mary Sheridan</i> ; Instrumentos de avaliação antropométrica; Boletim de saúde infantil e juvenil.
Avaliação	Reflexão escrita sobre a experiência de estágio e de que forma os objetivos e atividades propostas pelo estudante foram ou não concretizadas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Hockenberry, M. & Wilson, D. (2014). *Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente*. (9ª ed.). Loures: Lusociência.
- Leininger, M., M. (1988). Leininger's theory of nursing: Cultural care diversity and universality. *Nursing Science Quarterly*. 1(4). 152-160.
- Leininger, M. (1990). Ethnomethods: the philosophic and epistemic bases to explicate transcultural nursing knowledge. *Journal of Transcultural Nursing*. 1(2). 40-51.
- Leininger, M. (1991). *Culture Care Diversity and Universality: a theory of Nursing*. New York: National League for Nursing Press.
- Leininger, M. (2001). *Culture Care Diversity and Unversility: a theory of Nursing*. Boston: Jones an Barlett Pubs.
- Ordem dos Enfermeiros. (2010a). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Ordem dos Enfermeiros*. Acedido a 30-05-2016. Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf.
- Ordem dos Enfermeiros. (2010b). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem. *Ordem dos Enfermeiros*. Acedido a 30-05-2016. Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciaCrian%C3%A7aJov_ aprovadoAG_20Nov2010.pdf.

Ordem dos Enfermeiros. (2010c). Promover o Desenvolvimento Infantil na Criança. Entrevista ao adolescente. *Guia Orientador de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Cadernos OE. I Série* (3). Volume 1, 75-77. Acedido a 29.01.2017. Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/documents/guiasorientadores_boapratica_saudeinfantil_pediatica_volume1.pdf.

Pinto, J. P., Ribeiro, C. A., Pettengill, M. A. M., & Balieiro, M. M. F. G. (2010). Cuidado centrado na família e sua aplicação na enfermagem pediátrica. *Revista Brasileira de Enfermagem*.

Purnell, L., & Paulanka, B. (2010). Cuidados de saúde transculturais: Uma abordagem culturalmente competente. *Loures: Lusodidacta*.

**APÊNDICE II – Reflexão sobre o Estágio num Centro de Apoio à
Integração Migrante**



**7º CURSO DE MESTRADO E PÓS-LICENCIATURA EM ENFERMAGEM DE
SAÚDE INFANTIL E PEDIATRIA**

UNIDADE CURRICULAR: ESTÁGIO COM RELATÓRIO

**DESPERTAR PARA UM CUIDAR CULTURALMENTE
COMPETENTE: CONTRIBUTO DO ENFERMEIRO
ESPECIALISTA EM SAÚDE INFANTIL E PEDIATRIA**

REFLEXÃO

CENTRO DE ACOLHIMENTO A MIGRANTES

Discente

Sandra Inês Gomes Carneiro, Nº 6717

Docente Orientador

Prof.^a Maria Manuela Soveral

LISBOA

Outubro, 2016

"Where are the people?"
resumed the little prince at last.
"It's a little lonely in the desert..."



"It is lonely when
you're among people, too,"
said the snake.

Fonte: <https://s-media-cache-ak0.pinimg.com/736x/67/1f/86/671f86307567c8c3592d649265d5b018.jpg>

Para segundo local de estágio escolhi um centro de acolhimento aos migrantes. Todo um espaço de encontro com o outro, de informação, de

esclarecimentos, de apoio e de acolhimento aos migrantes, que os ajuda a encontrar resposta para muitas das suas necessidades, não só relacionadas com a saúde, como é o caso do gabinete da saúde, mas também relacionadas com educação, emprego, habitação, segurança social, etc. O gabinete da saúde, uma entidade dependente do Alto Comissariado para as Migrações (ACM), cuja atividade primordial “é prestar informação sobre o acesso à saúde, quer para os imigrantes, quer para os seus familiares, tanto para os que se encontram em situação regular como irregular”¹, pois para quem chega a Portugal, são os serviços de saúde que constituem a mais importante ponte de ligação entre a sociedade portuguesa (Fundação Aga Khan Portugal, 2015).

Naquele gabinete, frente a frente, enfermeiro e migrante, com origens tão distintas, mas com corpos tão próximos ... ao mesmo tempo tão distantes pela barreira linguística que, a existir, só pode ser enorme. De facto, “*muitos dos desafios enfrentados pela saúde estão relacionados com questões de comunicação, principalmente em contexto de diversidade cultural*” (Ramos, 2013, p.32). Há, assim, que encarar a comunicação como “*componente básica dos cuidados de saúde, da educação em saúde, da mudança comportamental e da competência intercultural ao nível sanitário*” (*ibid*, p.33). Esta barreira comunicacional não é a principal dificuldade, mas é uma das primeiras que se colocam quando tentamos chegar perto de quem não compreende e não fala português. Para quebrar esta barreira grande parte dos atendimentos são realizados por mediadores socioculturais, dos quais alguns são imigrantes, o que promove “uma química relacional, linguística e cultural”, fomenta a aproximação com os clientes, havendo, ainda, possibilidade de atendimento com recurso ao Serviço de Tradução Telefónica (STT). Este é um serviço que oferece acesso a traduções em 60 dialectos.

Desta forma, e em jeito fortemente facilitador da comunicação, os imigrantes podem expor a sua situação na sua língua materna. O gabinete da saúde torna-se, assim, um espaço que, acima de tudo, ajuda os migrantes a não se sentirem sozinhos, isolados ou mesmo excluídos.

Desde sempre e concretamente desde 1970, que Portugal tem sido um território de imigração, com pessoas a chegar de todo o mundo, com culturas muito semelhantes, mas nunca iguais, e outras muito diferentes (Fundação Aga

Khan Portugal, 2015), pelo que a criação e manutenção de espaços como o centro de acolhimento aos migrantes é de extrema importância.

Na realidade, a distância entre culturas pode não ser, necessariamente, gigantesca. A diferença entre um percurso mais ou menos longínquo implica, entre muitas outras coisas, compreensão, criação de laços, vinculações; implica vontade, desejo, curiosidade, implica gentileza... altruísmo, para que se possa promover e defender o superior interesse dos migrantes, uma atmosfera onde as crianças migrantes e as suas famílias possam obter cuidados de acordo com as suas carências (Fundação Aga Khan Portugal, 2015), onde se é o verdadeiro advogado do cliente (Nunes, Amaral, & Gonçalves, 2005), onde é imperioso “*cuidar da pessoa sem distinção*” (*Ibid*, p.65).

É aqui que nos defrontamos (que me defrontei) com o real fenómeno da complexidade. É aqui que é possível compreender e viver o verdadeiro significado, o verdadeiro sentido e o verdadeiro impacto da complexidade pois, como afirma Morin (2003), complexidade é um termo problema e não um termo solução, já que, as situações complexas não podem ser resolvidas pela ciência, porque não são “domínio da certeza absoluta” (Silva & Freitas, 2010, p.688). Deparamo-nos com situações extremas de exclusão social, de carências afetivas e económicas, pessoas com fome, que precisam de emprego, de medicamentos, de roupa, de um sítio para viver, etc.

A humanidade é complexa (Morin *et al.*, 1999) e, por isso, para enfrentar situações complexas, o Enfermeiro Especialista de Saúde Infantil e Pediatria (EESIP) tem de ser competente para intervir com a criança/família, “na maximização da sua saúde” (Ordem do Enfermeiros, 2010, p.2); cuidando destes em “situações de especial complexidade” (Ordem do Enfermeiros, 2010, p.2) e personalizando os cuidados o mais possível para que, de forma singular, se possam satisfazer as suas necessidades (*Ibid*). Preconiza-se, também, que o EESIP detenha um nível de conhecimento avançado, que fundamente e complemente a prestação de cuidados, enriquecendo a experiência clínica e conferindo aos profissionais de uma distinta maturidade para lidar com as situações mais complexas do dia-a-dia (CNA, 2008).

Como Morin (1999) afirma, “Não podemos pensar o macroconceito sociedade sem interrelacioná-la com os conceitos de indivíduo e cultura, por exemplo, eles próprios já descendentes de uma enorme complexidade

conceitual. Não podemos pensar o macroconceito sistema sem relacioná-lo com os macroconceitos de indivíduo/espécie/sociedade/cultura” (Morin *et al.*, 1999, p.93) ou seja, há que considerar a integração das partes num todo “pelo reconhecimento da integração do todo no interior das partes” (Silva & Freitas, 2010, p.692). Importa destacar que refletir sobre a complexidade é um desafio que nos incita a pensar de uma forma atípica, a direcionar a nossa visão e o nosso agir para além do aparente, refletir sobre os acontecimentos, abrangendo o antagonismo, a ambiguidade e a dualidade de opostos que se completam (Silva & Freitas, 2010). Segundo Benner (2001), “As enfermeiras peritas não são difíceis de reconhecer porque, muitas vezes, dão opiniões clínicas ou gerem situações complexas de uma maneira notável” (Benner, 2001, p.60), pois “com a complexidade ganhamos a liberdade” (Morin, 1998, p.1).

Ao longo de duas semanas, o gabinete da saúde esteve mais vezes ocupado do que vazio... Demasiados foram, e infelizmente são, os problemas relacionados com o acesso, a vigilância e a manutenção da saúde, que levam muitos migrantes a esperar horas numa fila para falar com a enfermeira. Há quem tenha de esperar horas “apenas” para esclarecer dúvidas escritas à mão num papel. Pessoas de todo o país chegavam, esperavam e tinham a esperança de conseguir levar nas suas mãos e nos seus corações, uma resposta breve, para as suas solicitações, para os seus problemas, para os entraves à saúde, para as suas preces...

Foram várias as situações que me impressionaram... desde uma mãe de cinquenta e poucos anos que recorreu ao gabinete com o intuito de ajudar o seu filho de trinta e poucos anos, um filho que por sofrer de múltiplas doenças crónicas não podia trabalhar e necessitava de estar acompanhado e de cuidados quase permanentes por pessoas especializadas, que não ela própria, cuidados esses que desde que chegaram a Portugal, não estavam a ser promovidos. Desde uma senhora russa, de setenta e poucos anos, sozinha em Portugal, que pedia ajuda para comer. Uma mãe desempregada há um ano, que levava a bebé à mama, acompanhada da sua mãe (avó da bebé), que pedia ajuda para obtenção de isenções. Até um médico colombiano a trabalhar num centro de saúde desde há aproximadamente um ano com necessidade de esclarecer dúvidas sobre o acesso à saúde dos doentes e sobre algumas

burocracias, sobre como ajudar os migrantes e como conseguir articulações eficientes com instituições/entidades. Também uma família angolana de grandes possibilidades económicas recorreu ao centro por meio de uma advogada contratada temporariamente para organizar a sua vinda para Portugal, primeiramente para o casal e depois para os seus filhos.

A “visita” dessa advogada marcou definitivamente a diferença não só pelos motivos que a conduziram ao centro, mas pela possibilidade de uma gestão organizada e estruturada previamente à imigração para Portugal desta família, o que não acontece com todas as famílias, nomeadamente as de menores possibilidades económicas. Também um casal de brasileiros, de classe socioeconómica média-alta, recorreu ao centro apenas para obter esclarecimentos relativos ao acesso à saúde e à obtenção do visto de residência definitiva em Portugal, depois da sua chegada antecipadamente programada. Como referiu a enfermeira, “grande parte dos imigrantes, nestes últimos anos, fogem de guerras políticas e são de classes sociais elevadas” e de facto, foi o que se constatou. Teria outros tantos exemplos para dar...

Relativamente à (inter)ligação entre a minha temática e este campo de estágio, não há dúvidas que foi forte e francamente pertinente. Deparei-me com uma variedade enorme de culturas e subculturas. Tive oportunidade, até, de contactar com famílias, ora de grande pobreza, ora famílias de grande riqueza, que vêm para Portugal viver e deixam os seus filhos ao encargo de outros cuidadores. É inegável a desigualdade de oportunidades e de recursos entre as famílias ricas e as famílias pobres. Estas discrepâncias afectam sobretudo grupos mais vulneráveis (minorias e imigrantes), seja pela condição socioeconómica de desemprego de longa duração; determinantes individuais como doença crónica; ou grupo etário, como crianças e idosos (DGS, 2013; Abreu, 2001).

Com este estágio foi possível, desenvolver um saber ser e um saber estar perante as diferentes culturas e as diferentes subculturas. A verdade é que, infelizmente, ainda no século XXI, os migrantes são vítimas de discriminação, exclusão social, independentemente do seu contexto socioeconómico. Houve muitas pessoas que estiveram no gabinete da saúde simplesmente para cumprimentar, para agradecer, para comunicar uma novidade à Enfermeira Fernanda. São tantas as culturas, as subculturas, as

especificidades. A Enfermeira Fernanda sabe já pronunciar palavras em muitos idiomas, para além do português. Que ser humano tão competente, tão sensível e inspirador...acho que único no mundo! Deste estágio “roubei” da Enfermeira Fernanda (e ainda lhe sobrou) a serenidade para resolver o que é possível e para viver com o que não é. Mas vivê-lo com sensibilidade, com o que não está nas nossas mãos e não como “olhos que não veem coração que não sente”, porque nós Enfermeiros, vemos... e muito. Se por um lado, “não podemos superar as contradições, tampouco podemos deixá-las de lado” (Morin *et al.*, 1999, p.91). E por isso, indissociável do fenómeno da complexidade está, inevitavelmente, este pensamento complexo.

Não podemos fazer o impossível... não. Podemos fazer o possível... sim. Mas, com a enfermeira orientadora como “mentora”, podemos fazer mais, podemos fazer “mais que o possível”! Aqui está só mais um exemplo de que podemos ser mais do que competentes, podemos ser competentes e sensíveis! Uma autêntica mentora para migrantes, uma enfermeira especialista, uma mediadora sociocultural, que promove a igualdade, a equidade e a integração social. Que promove a Saúde! Que detém conhecimento sobre normas, protocolos, leis, decretos de leis, códigos, adendas... um contexto de saúde onde os assuntos, os factos e os argumentos são muito diferentes dos que estou habituada a lidar e, como tal, também as intervenções são diferentes. Fiquei a conhecer neste estágio a conceção de mediação sociocultural, impossível de dissociar da multiculturalidade. Qualidade que tem ganho cada vez mais “rostro e presença como uma poderosa “arma” na luta contra o preconceito e a intolerância. Com efeito, o mediador atua como uma ponte entre margens opostas, como um elo de ligação entre narrativas forjadas em contextos diferenciados” (Oliveira, Galego & Godinho, 2005, p.9). O mediador sociocultural constitui-se como uma importante ferramenta

na perspectiva do reforço do diálogo intercultural e da coesão social. Assim sendo, a mediação sócio-cultural apresenta-se como uma estratégia abrangente, não se limitando a origens étnicas e culturais, mas alargando-se a todas as áreas onde seja necessário reforçar a dimensão da interculturalidade e da coesão social. Enquanto método de resolução e gestão alternativa de conflitos, meio de regulação social e recomposição pacífica das relações humanas, caracteriza-se

diferentemente de acordo com o país onde se desenvolve (Oliveira, Galego & Godinho, 2005, p.25).

A enfermeira, em nome do gabinete da saúde consegue, ainda, no meio de tudo, realizar ações de formação pelo país (em câmaras municipais, escolas, faculdades, etc.), participar como preletora em seminários. Consegue uma espantosa articulação entre as pessoas, o centro de acolhimento, os centros de saúde, serviços de urgência, serviços de consulta externa em hospitais, farmácias, asilos, associações, instituições que apoiam na dispensa de terapêutica como instituições religiosas e organizações não governamentais promotoras de saúde. Na maioria das vezes é pelo telefone e por correio electrónico que a enfermeira conquista as resoluções para os problemas.

Mesmo entre os funcionários do centro, apesar da enorme diversidade cultural dos mesmos existe uma boa relação. A enfermeira pede a mediadores para irem ao gabinete da saúde fazer traduções, ou mesmo os mediadores vão lá para tirar dúvidas, quando se sentem menos bem, ou pedem à enfermeira para se deslocar aos seus postos para os ajudar com algum cliente. A dinâmica do centro, quer seja entre departamentos ou entre funcionários é algo rico de se ver.

Foi no último dia de estágio que teve lugar o seminário intitulado “Encontro Interculturalidade... Que Desafios?” A verdade é que, quando pensamos em diversidade cultural/multiculturalidade/pluriculturalidade surge-nos o termo Interculturalidade, fortemente relacionado com os temas mencionados. Este novo conceito invoca e remete-nos para a relação que existe com e entre as diversas culturas e subculturas, e a sua grande dinâmica.

Quer seja para conhecer a diferença, para desejar e procurar conhecer melhor a cultura e os costumes de uma família, quer seja para compreender as suas atitudes, para promover a saúde ou o acesso aos cuidados de saúde, ajudar alguém a encontrar um local de culto... Reconhecer a diversidade cultural e querer estar envolvido nela é uma mais-valia, pois a diversidade de etnias, religiões, costumes, padrões de vida deve ser valorizada, porque são as diferenças que nos fazem aprender e crescer. É incontornável que é o enfermeiro quem está na linha da frente para a promoção do acesso à saúde dos Migrantes.

Apesar de a minha temática não ser pertinente apenas para a população migrante, nesta reflexão referi-me essencialmente a pessoas migrantes, por ter sido a realidade deste estágio.

Tal como a mensagem do príncipezinho transmite... No meio de tanta gente, mas tão sozinhos, com os seus costumes, as suas crenças, os seus hábitos, as suas convicções, os seus idiomas, as suas religiões, os seus estilos de vida... com as suas tantas diferenças, num país também diferente. No meio de tantas políticas e leis, mas tão sozinhos. Infelizmente, a realidade mais frequente da maioria dos migrantes. Apesar disso, a verdade é que, “A presença do Ministério da Saúde tem-se revelado, desde sempre, de enorme importância pelas situações que tem ajudado a desbloquear e, consequentemente, por contribuir, de forma ativa, para facilitar o acesso dos cidadãos imigrantes aos cuidados de saúde”¹, sendo *Portugal “o 2º país com melhores políticas de integração”*².

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

¹<http://www.acm.gov.pt/pt/-/cnai-lisboa>.

²<http://www.acm.gov.pt/-/iv-index-de-politicas-de-integracao-de-migrantes-portugal-e-um-pais-de-integracao->

Abreu, W. (2001). *Transições e Contextos Multiculturais: Contributos para a Anamnese e Recurso aos Cuidadores Informais* (2a ed.). Coimbra: Formasau - Formação e Saúde, Lda.

Benner, P. (2001). *De iniciado a perito. Excelência e poder na prática clínica de Enfermagem*. Coimbra: Quarteto.

CNA. (2008). *Advanced Nursing Practice: A National Framework*. Ottawa: Association des Infirmiers du Canada.

Direção-Geral de Saúde. (2013a). *Plano Nacional de Saúde 2012-2016*. Lisboa: DGS.

Fundação Aga Khan Portugal. (2015). *Famílias di ká*. Lisboa: A cor laranja.

Morin, E. (1998). Complexidade e Liberdade. *Publicação de ensaios THOT. Associação Palas Athena, São Paulo*. 67. 12-19. Acedido a 18-03-2016. Disponível em: <http://www.teoriadacomplexidade.com.br/textos/teoriadacomplexidade/Complexidade-e-Liberdade.pdf>.

Morin, E., Castoriadis, C., Moigne, J., Roger, E., Carvalho, E., Bianchi, F. ... Pena-Vega, A. (1999). *O Pensar Complexo: Edgar Morin e a crise da modernidade*. Brasil: Garamond.

Nunes, L. Amaral, M. & Gonçalves, R. (2005). *Código Deontológico do enfermeiro: dos comentários à análise de casos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Oliveira, A., Galego, C. & Godinho, L. (2005). A mediação socio-cultural: um puzzle em construção. Disponível on-line em: <http://www.om.acm.gov.pt/documents/58428/177157/Estudo+14.pdf/526ae9d4-de4b-4a7f-be41-224ded16e9cb> (último acesso a 20.03.2018).

Ramos, N. (2013). Cuidados de saúde e comunicação na sociedade multicultural: discutindo interculturalidade (s), práticas e políticas em saúde. *Revista Inter-Legere*, 1(11).

Silva, A. & Freitas, M. (2010). O ensino do cuidar na Graduação em Enfermagem sob a perspectiva da complexidade*. *Rev Esc Enferm USP*. 44(3). 687-693. Acedido a 18-03-2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n3/19.pdf>.

Ordem dos Enfermeiros. (2011). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem. *Ordem dos Enfermeiros*. Acedido a 20-04-2016. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/RegulamentoPadroesQualidadeCuidadosEspecializadosEnfermagemSaudeCriancaJovem.pdf>.

**APÊNDICE III – Reflexão sobre o Estágio no Internamento Médico-
Cirúrgico de Pediatria, nas vertentes pública e privada**



**7º CURSO DE MESTRADO E PÓS-LICENCIATURA EM ENFERMAGEM DE
SAÚDE INFANTIL E PEDIATRIA**

UNIDADE CURRICULAR: ESTÁGIO COM RELATÓRIO

**DESPERTAR PARA UM CUIDAR CULTURALMENTE
COMPETENTE: CONTRIBUTO DO ENFERMEIRO
ESPECIALISTA EM SAÚDE INFANTIL E PEDIATRIA**

REFLEXÃO

INTERNAMENTO MÉDICO – CIRÚRGICO DE PEDIATRIA

Discente

Sandra Inês Gomes Carneiro, Nº 6717

Docente Orientador

Prof.^a Maria Manuela Soveral

LISBOA

Fevereiro de 2017

Começo a compreender,
disse o príncipezinho.
Existe uma flor... Eu
creio que ela me
cativou.

Fonte: http://4.bp.blogspot.com/-iT-uhdaBZr8/VcF-mX9omgl/AAAAAAAAAX4/KxUnbchEQc0/s1600/IMG_0248.JPG

Com a presente reflexão não pretendo fazer comparações entre o contexto de internamento público e o privado, mas sim, demonstrar o quão rico foi ter estagiado em ambos os contextos e o quão pertinente foi para a minha temática, para o cumprimento dos objetivos definidos e acima de tudo, para o desenvolvimento de competências de enfermeira especialista em saúde infantil e pediatria.

Em ambos os contextos constatei e interagi com uma enorme diversidade cultural e subcultural. Como esperava, no contexto público as famílias internadas pertenciam maioritariamente a classes sociais mais baixas, com um nível de conhecimento mais baixo e os motivos de internamento foram, essencialmente, do foro da pediatria médica, enquanto que no contexto público as famílias enquadravam-se mais frequentemente em classes sociais elevadas, com um considerável nível de conhecimento e os motivos de internamento tinham que ver mais frequentemente com cirurgias eletivas. Os juízos de valor foram, em qualquer um dos contextos uma realidade frequente entre os enfermeiros.

Posto isto, existe uma flor e eu creio que ela me cativou (Saint-Exupéry, 2015). Para mim, essa flor é a competência cultural, pois a minha sensibilidade cultural deu-me a consciência de que é necessário desenvolver conhecimento cultural, habilidades culturais e atingir o encontro cultural com quem precisa dos nossos cuidados.

O fenómeno dinâmico que é a cultura é o que orienta as famílias para a sua visão do mundo, o que influencia as suas ações, decisões o seu padrão de vida. A cultura molda a forma como nos relacionamos com os outros, a nossa percepção do outro e da própria vida. É um processo complexo estabelecido com base no lugar de nascença e de vivência, na idade, género, etnia, orientação sexual, crenças religiosas e espirituais e muito mais. Não há errado nem certo, não há absolutismos, porque são inúmeras as formas de olhar para o mundo e de o compreender mediante uma cultura e subcultura (Fundação Aga Khan, 2015). O importante é ter em mente que “Como seres humanos mostramo-nos uns aos outros de inúmeras formas: através da nossa inteligência, idade, competências, língua que falamos, raça, ideias políticas, valores, filosofia, género e religião, entre outras características (Rituals, 2017, p.7)” (...) Estes elementos ajudam-nos a traçar o nosso caminho de vida, dar

sentido ao nosso mundo e definir quem somos” (Rituals, 2017, p.8) (...) “Contudo, não somos apenas uma destas coisas – a nossa raça, valores, género ou idade – mas uma combinação complexa de vários” (Rituals, 2017, p.8). “Se nos atrevermos a olhar em redor com curiosidade em vez de preconceito, os nossos corações irão inevitavelmente abrir-se enquanto descobrimos a diversidade incrível da alma humana. Como resultado a vida pode ser tão mais rica” (Ritual, 2017, p8). Perceber os valores, as tradições, a história, as formas de organização que uma família proveniente de outro país (por exemplo), carrega consigo, dá-nos informação e oportunidade para uma relação eficaz e de sucesso, oferecendo também um imenso conhecimento mútuo que previne iniquidades e discrepâncias, particularmente no acesso aos cuidados de saúde e relação aos próprios cuidados em si (Sutton, 2000). Basta pensar em como a cultura exerce influência sobre as conceções das estruturas familiares, sobre as formas de comunicar, a alimentação, a perceção da resiliência e do *stress*, a gestão das emoções, e em como norteia as crenças sobre a origem de uma doença, quem envolver para o tratamento desse problema de saúde e para a sua cura (Fundação Aga Khan, 2015). O interessante é que quando falamos de diversidade cultural e subcultural não nos referimos apenas a pessoas de outros países, como muitos profissionais de saúde pensam. Referimo-nos a pessoas/famílias/comunidades que nascem, vivem e morrem no seio de uma cultura que as distingue a sua forma de viver de todas as outras pessoas/famílias/comunidades. O conhecimento e a apreciação dos diferentes valores, crenças e expectativas podem ajudar o profissional de saúde a perceber melhor determinados comportamentos das famílias em relação à prevenção, saúde/doença, cuidados e, assim, prestar cuidados culturalmente adequados. Comportamentos associados às respostas à doença, reações como o medo, a dor, a ansiedade, as atitudes em relação à amamentação, aos cuidados à criança, à medicação, ao processo de tomada de decisão da família, às crenças sobre dietas e práticas alternativas; a própria definição e perceção sobre a doença; são determinadas pela cultura de uma pessoa ou família (Chang & Kelly, 2007).

A doença e a hospitalização são eventos súbitos e de crise para as famílias, que lhes criam ansiedade, sofrimento, aflição e dor, podendo complicar a adaptação à parentalidade, para além de poder ser desfavorável

ao desenvolvimento da criança (Ordem dos Enfermeiros, 2015). O internamento da criança conduz frequentemente a “uma crise de identidade parental” (Ordem dos Enfermeiros, 2015, p.11) em que os pais/cuidadores se tornam incertos quanto ao que podem ou não fazer e/ou ao que os enfermeiros esperam que eles façam. Isto porque, os pais não sabem como se mover em situações que nunca viveram antes, e por isso, face a um acontecimento imprevisto se sentem inseguros e até incapazes de lidar com a nova situação (Ordem dos Enfermeiros, 2015). É da responsabilidade do EESIP promover a adaptação dos pais a esta realidade, porque são eles os melhores cuidadores dos seus filhos (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

o seu compromisso passa pela colaboração com cada família na adaptação ao seu processo de saúde, interagindo através do apoio, ensino, instrução e treino, dotando-os de conhecimentos e aprendizagem de habilidades, capacitando-os para que eles possam vir a ser os melhores gestores do regime terapêutico dos seus filhos (Ordem dos Enfermeiros, 2015, p.11).

O conhecimento e a sensibilidade do enfermeiro na apreciação do agregado familiar, determinará a(s) intervenção(ões) mais apropriada(s) para dar suporte à criança e aos elementos da família (Hockenberry & Wilson, 2014).

As situações que exigem internamento criam ainda grande *stress* para a própria criança, despoletando também um sentimento de perda e de medo, enquadrando-a num contexto de crise e de transição, decorrentes, de entre vários fatores, da rutura com o seu mundo mágico da brincadeira, da rutura com o quotidiano como o conhece, com a perda de controlo, com o medo da lesão corporal e da dor (Tavares, 2011; Ordem dos Enfermeiros, 2011b), sendo “impossível, irreal e indesejável” proteger as crianças desse *stress* (Wong, 1999 p.89). Tal transição torna a criança, transitoriamente, mais vulnerável, o que pode ameaçar o seu bem-estar (Petronilho, 2007), principalmente as crianças com menos de 6 anos, devido às suas imaturas habilidades cognitivas. Posto isto, o que mais ambicionamos, enquanto futuros Enfermeiros Especialistas de Saúde Infantil e Pediatria, é proporcionar um distinto ambiente de conforto à família hospitalizada, onde o lema dos cuidados não traumáticos guie a nossa conduta em todos os momentos, gerindo a dor e o bem-estar da criança e da sua família, de forma diferenciada, antecipando reações,

implementando e gerindo um plano de cuidados em parceria com a família, promovendo a partilha de informação, partilha de poderes, a sua participação e sua colaboração nos cuidados, se for essa a sua vontade. Enfim, maximizando o mais possível a sua parentalidade (Ordem dos Enfermeiros, 2011b). Capacitando a família para o seu papel parental, estaremos, também, a provê-los de conhecimento e empoderamento para se adaptarem ao seu papel na hospitalização, papel esse, sujeito a uma inesperada e inevitável transição, e a provê-los de estratégias para encontrarem os mecanismos de *coping* mais adequados, para fazer face à hospitalização (*Ibid*). A ansiedade causada pelo internamento faz com que as crianças não consigam desenvolver estratégias de *coping* e de adaptação. Mas, com o envolvimento da família nos cuidados podemos reduzir essa ansiedade tanto da criança como da própria família, além de promover a sua satisfação em relação aos cuidados e a sua colaboração (Phipps, Sands & Marek, 2003). Os pais vivem, nestas situações, um sem número de medos, ansiedade e frustrações (Hockenberry & Wilson, 2014), pelo que a parceria família-enfermeiro, numa ótica de cuidados centrados na família torna-se “um mecanismo poderoso para a capacitação e potencialização familiar” (Wong, 1999 p.9).

Para adequarmos os cuidados que prestamos temos de conhecer os principais stressores inerentes à hospitalização e à cirurgia: • a separação do seu ambiente, dos pais e das atividades habituais; • a perda de controlo devido ao ambiente desconhecido e a alteração das rotinas; • a dor dos procedimentos diagnósticos ou terapêuticos e • a incerteza relacionada com a anestesia, a cirurgia e os resultados do procedimento. Não esquecer, lado a lado a estes stressores, há que ter em conta, que as culturas e subculturas muito próprias e distintas são determinantes para a forma como a família vive a transição para a parentalidade na hospitalização. Cabe ao EESIP não tecer julgamentos e aceitar as diferenças, ao invés de demonstrarem preconceitos que podem prejudicar a relação entre a equipa de saúde e a criança/família. Quanto maior for o conhecimento do enfermeiro sobre a família e as suas particularidades, mais poderá apoiá-los (Hockenberry & Wilson, 2014) para que a parentalidade não se encontre comprometida em situações de internamento (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2011). Pois as “dificuldades em estabelecer uma relação compreensiva, empática e afetiva podem conduzir os

profissionais a uma atitude de distanciamento e a refugiarem-se numa atitude mais técnica e impessoal com o doente” (Ramos, 2013, p.45).

Estar entre diversas culturas e ouvir falar sobre especificidades da comunidade cigana, angolana, brasileira, cabo-verdiana, venezuelana, entre muitas outras, foi particularmente importante para mim, por ter que ver com a problemática da adequação de cuidados às diferenças étnicas, raciais, socioeconómicas, entre todas as outras, com as quais lidamos diariamente. São diferenças que podem infelizmente, influenciar a prestação de cuidados de forma negativa, ainda de demasiados profissionais de saúde. Na minha perspetiva, é na diferença que surgem os maiores desafios e aprendizagens do cuidar, por isso o único caminho possível a seguir é respeitar essas diferenças tão viscerais às diferentes culturas e subculturas.

Na minha prática diária contato com uma grande diversidade cultural, mas por trabalhar numa instituição privada não lido diretamente com a pobreza das famílias, muito pelo contrário, lido com a riqueza das famílias, que sendo uma particularidade subcultural das famílias, traz determinadas peculiaridades e exigências ao cuidar dessas famílias. A saúde é um bem que deve ser promovido e protegido, independente das diferenças de classe, de cultura, etnia, de crenças ou religiões, por isso deve ser uma preocupação fundamental dos enfermeiros, isenta de preconceitos, estereótipos ou de juízos de valor (Ordem dos Enfermeiros, 2011c). De facto, pelo potencial de ação dos enfermeiros na comunidade e potencial de articulação entre os cuidados de saúde primários e secundários, num esforço conjunto, a saúde pode ser promovida de forma eficaz, personalizada e centrada em cada família (*Ibid*).

Os cuidados não traumáticos foram nos locais de estágio e são na minha prática diária uma prioridade, verificando ganhos incontestáveis com a prática de cuidados baseada nesta filosofia de cuidados, na diminuição da ansiedade, do *stress* da criança/família e, até na minimização do impacto da hospitalização. Seja para uma punção venosa, a qual não executamos sem aplicarmos previamente anestesia tópica e/ou outras medidas de conforto/alívio da dor não farmacológicas, ou para qualquer outro procedimento, que embora possa não ser invasivo, possa ser ameaçador para a criança (como o banho, por exemplo), permitimos a presença de ambos os pais nos procedimentos se for a sua vontade e se servir para acalmar e induzir a colaboração (dentro do

possível) da criança, realizamos os procedimentos sempre que possível ao colo dos pais, preferindo a contenção física por envolvimento e não a contenção física por meio da força, e preferencialmente não os efetuamos no quarto (a não ser que seja essa a vontade da criança), mas sim numa sala de tratamentos, onde previamente preparamos todo o material para que quando a criança já está na sala não tenha que se deparar com a chegada de mais elementos ameaçadores, pois bem sabemos o impacto que os procedimentos podem provocar na criança e na família. Impacto que pode deixá-la vulnerável ao *stress* pós traumático ou a futuras perturbações de ansiedade (Zlotnick *et al.*, 2008; Ordem dos Enfermeiros, 2011b). Existem descrições feitas por crianças que após serem submetidas a cirurgias tiveram de ter acompanhamento psico-emocional, a médio-longo prazo, porque não haviam sido esclarecidas sobre o que lhes ia acontecer (*Ibid*). Inclusivamente, já me deparei com crianças que me verbalizaram grande revolta, porque ninguém lhes tinha explicado que iriam ser adormecidas por meios não naturais, e ninguém lhes havia assegurado que iam voltar a acordar, sendo que, um dos maiores receios das crianças prende-se, precisamente, com incerteza da anestesia, como corrobora a Ordem dos Enfermeiros (2011b).

Também a prevenção e/ou alívio da dor no peri-operatório foi uma intervenção prioritária no contexto de estágio. Mas convém salientar que, para além de toda a sua influência que exercem na vida da criança/família as bases socioculturais da família exercem grande peso nas reações e nas respostas da criança à dor, “o que reforça a convicção de que a dor e as respostas a ela são únicas” (Batalha, 2010, p.19). Cultura e dor encontram-se, portanto, muito interligadas (*Ibid*). “Os próprios valores culturais dos profissionais de saúde podem influenciar a avaliação e o tratamento da dor” (...), pelo que, “para tratar a dor os profissionais de saúde devem despir-se das suas convicções e avaliá-la com base nos valores culturais e expectativas próprias de cada criança” (Batalha, 2010, p.19).

O que acontece é que, muitas vezes embrenhamo-nos e perdemo-nos de tal forma no cumprimento de objetivos, de horários e de tarefas, que muito facilmente (mas não intencionalmente), a enfermeira generalista, não dá a devida importância ao impacto que a cirurgia, a hospitalização, os procedimentos e, até a comunicação podem ter sobre a criança/família,

principalmente a comunicação não-verbal, pois como referiu a professora Oliveira Marçal numa das aulas, “por vezes, as nossas caras podem ser muito barulhentas”. É aqui que o Enfermeiro Especialista de Saúde Infantil e Pediatria (EESIP) vai fazer a diferença, com a sua destreza na comunicação e no seu pensamento complexo. Minimizamos o impacto da hospitalização e dos stressores se, por exemplo, fomentarmos e assegurarmos a presença dos pais junto da criança (Instituto de Apoio à Criança, 2008), pois a presença e a participação dos pais são fundamentais para a diminuição do *stress* e ansiedade da criança (Batalha, 2010). O enfermeiro poderá incluir nas suas intervenções o ensino aos pais sobre uma presença de qualidade, medidas simples, mas fulcrais, como falar com a criança, pegar ao colo, acariciar, embalar, colocar a chupeta, permitir o choro (não o reprimindo), colaborar na distração (cantar, contar uma história, etc.), manter uma voz e uma atitude calmas, entre outras, são alguns exemplos. Já em crianças mais velhas e jovens é elementar perguntar o que poderia ajudar, visto que estas adotam estratégias de *coping* particulares (Batalha, 2010). É extremamente importante incluir a criança nas aprendizagens e nas decisões que ela pode efectuar, dar-lhe a palavra, cabendo-nos o dever de informar a criança/família, ainda que, de forma simples, mas clara, adequada ao grau de compreensão e estadio de desenvolvimento e à sua cultura (Ordem dos Enfermeiros, 2010), sobre o que é esperado que aconteça em determinada situação (Instituto de Apoio à Criança, 2008). Outras formas muito simples de contribuirmos para a minimização do impacto da hospitalização, bem como dos procedimentos inerentes, é mantendo bom humor, alegria, afeto, realizando reforços positivos e até elogios, brincando com a criança e promovendo um ambiente propício à brincadeira entre esta e a sua família e até entre esta e outras crianças internadas (Instituto de Apoio à Criança, 2008), desde que possível. Com a brincadeira, podemos proporcionar-lhes segurança, o desenvolvimento de estratégias para lidar com o *stress* e outras sensações negativas, ajudando-a a adaptar-se ao seu processo de hospitalização e motivando-a no e para o seu processo recuperação (Wong, 1999; Ordem dos Enfermeiros, 2011b), para além de promovermos o desenvolvimento e enriquecimento da relação terapêutica (Breemen, 2009). Tentamos, ainda, que os pais tragam para junto da criança os seus brinquedos favoritos, pijamas e outros pertences próprios,

para que se possam adaptar o mais possível a um ambiente que é completamente estranho para si. Sugerimos, também, a visita de familiares e amigos, sem limite de idades, desde que tais elementos promovam o bem-estar da criança, estejam de acordo com a sua vontade e o seu interesse superior (Hockenberry & Wilson, 2014; Instituto de Apoio à Criança, 2008).

Ainda no contexto desta reflexão, não queria deixar de mencionar o valor que se atribui ao preenchimento da avaliação inicial, no contexto de internamento, uma medida tão simples, da intranet, que ajuda o enfermeiro a conhecer a família e as suas especificidades, bem como as particularidades em que se vai apoiar para planear os seu cuidados e a forma como os pais implementar. De seguida apresentam-se *print screens* de partes da avaliação inicial, elucidativos da forma como poderemos ter em conta as particularidades culturais e subculturais da criança/família para despertar para um cuidar culturalmente competente.

Exemplo1:

AVALIAÇÃO DA PESSOA	
Conhecimento do Processo de Doença	cliente sabe o motivo de internamento; esclarecidas duvidas; ^
Desejos Expressos do Cliente	ter alta no temp previsto e francamente melhorado; não ter dor; ^
Restrições em Função das Crenças	nega restrições à pratica clinica em função de crenças, valores e religião, etc. Pede para levar uma cruz de ^

Avaliação do Auto Cuidado

Exemplo 2:

Família

☐ Gravidez não Planeada

Vinculação:

☒ Existem laços afectivos?

Composição familiar:

☒ Mãe

☒ Pai

☒ Irmãos

☐ Outro

Quantos Irmãos

Exemplo 3:

AVALIAÇÃO DA PESSOA	
Conhecimento da situação do processo de doença:	os pais referem ficar esclarecidos; família que só comunica em inglês;
Desejos Expressos pela família ou criança:	que a criança não tenha dor;
Restrições em Função das Crenças	negam restrições à prática clínica devidas a crenças, convicções, valores, preferências, religião e/ou estilo de vida
Avaliação do papel parental	<input checked="" type="checkbox"/> Adequado <input type="checkbox"/> Inadequado
Especifique	

Exemplo 4:

AVALIAÇÃO DA PESSOA	
Conhecimento da situação do processo de doença:	pais esclarecidos pela equipa sobre o motivo de internamento e sobre o plano a seguir;
Desejos Expressos pela família ou criança:	ter alta o mais brevemente possível;
Restrições em Função das Crenças	família tratam-se por você e fazem questão que a criança seja tratada igualmente por "você"
Avaliação do papel parental	<input checked="" type="checkbox"/> Adequado <input type="checkbox"/> Inadequado
Especifique	

Exemplo 5:

AVALIAÇÃO DA PESSOA	
Conhecimento do Processo de Doença	sabe o motivo pelo qual fica internado; afirma ficar esclarecido com os ensinamentos efectuados pela enfermeira
Desejos Expressos do Cliente	ter alta o mais rapidamente possível
Restrições em Função das Crenças	cliente prefere que seja um enfermeiro (género masculino) a prestar-lhe cuidados;
Avaliação do Auto-Cuidado	

Exemplo 6:

AVALIAÇÃO DA PESSOA	
Conhecimento do Processo de Doença	sabe o motivo pelo qual fica internado; afirma ficar esclarecido com os ensinamentos efectuados pela enfermeira
Desejos Expressos do Cliente	ter alta o mais rapidamente possível
Restrições em Função das Crenças	sem restrições À prática clínica mediante crenças/valores/religião;

Avaliação do Auto Cuidado

Exemplo 7:

ALERTAS	
Grupo de Sangue	
Grupo de Sangue	Factor Rh
<input type="checkbox"/> Ligação Mãe-Filho comprometida	Especifique
Observações	
Outros Aspectos Relevantes	
sem factores críticos para a alta família portuguesa	

Exemplo 8:

	Avaliação da Pessoa:	
	vigil;	
	boa evolução clínica;	
	Reprodução / Outras Observações..	
	na companhia da mãe a maioria do tempo;	
inha;	pais preferem aguardar pela ama para se proceder aos ensinamentos sobre sinais e sintomas de dificuldade respiratória para despiste precoce de regressão da doença;	

Por estes exemplos penso que é possível constatar a preocupação do enfermeiro pelos pormenores que sendo únicos e integrantes de cada família as tornam diferentes de todas as outras e que, por isso, exigem cuidados igualmente únicos e culturalmente competentes.

Não precisamos perguntar sobre todas as especificidades religiosas ou espirituais da família, sobre os detalhes do seu estilo de vida, precisamos conhecer se “existe alguma crença, valor, preferência, convicção que possa interferir com a prestação de cuidados?” e devemos perguntá-lo directamente! Interessa conhecer, compreender, ser competente e sensível às distintas particularidades, eventualmente restrições, para prestar os melhores cuidados de todos. Eu quero e preciso saber o que posso fazer para prestar o melhor cuidado possível respondendo não só à alteração orgânica que levou a família ao internamento, mas às suas particularidades.

A avaliação inicial é fundamental para um cuidado personalizado à criança, ao jovem e à família. Remete-nos para elementos socioeconómicos e culturais, para além da história de saúde/doença (Abreu, 2001) e ajuda o enfermeiro inclusivamente a preparar a família para a alta o mais precocemente possível, de acordo com as suas características e se tal se verificar pertinente. Citando Rodrigues (1998), Simões e Simões (2007) referem que o planeamento de cuidados tem de ter por base uma “avaliação inicial exaustiva, completa e universalmente aceite. A avaliação inicial serve assim para documentar a planificação de cuidados do enfermeiro, enriquecendo, fundamentando, justificando e sustentando as intervenções de enfermagem e o estabelecimento de prioridades, sendo que para a efetuar, o enfermeiro terá que realizar uma avaliação da pessoa mas também uma pesquisa de todos os recursos ao seu dispor incluindo a família” (Simões & Simões, 2007), o que para quem lida com crianças num serviço de internamento de pediatria é fulcral, já que é um dos serviços onde o contacto com as crianças/famílias é mais duradouro.

De sublinhar que a área da pediatria é uma área privilegiada para prestar cuidados utilizando a brincadeira. Ao brincar estão a comunicar as suas necessidades, medos, receios e desejos que são incapazes de exprimir com suas habilidades limitadas de linguagem (Hockenberry & Wilson, 2014). Por meio da brincadeira as crianças partilham as suas esperanças, sentimentos

acerca da família, a forma como vêm a sua doença, o que precisam para se sentir apoiadas (Breemen, 2009).

Enfermeiros que estão tão voltados para os procedimentos técnicos, que não oferecem à criança o colo da mãe, que não lhes oferecem afeto, nem tão pouco dão “de si ao outro nas interações” (Paulo, Alexandre, Galhofas, Mil-Homens & Diogo, 2010, p.71). Enfermeiros que não ponderam, não questionam, não refletem, não se envolvem, simplesmente executam, porque assim vem descrito nos livros. É verdade que o afeto, o amor e a postura paternal devem ser devidamente pesados, pois se o envolvimento não for sensato, comedido, a ética do cuidar poderá ficar comprometida (Paulo, Alexandre, Galhofas, Mil-Homens & Diogo, 2010). Mas, para conseguir dar resposta às “necessidades emocionais das crianças” (Paulo, Alexandre, Galhofas, Mil-Homens & Diogo, 2010, p.72), é fundamental oferecer “afecto, amabilidade, simpatia, espírito alegre que emerge no coração e reside na vontade” (Paulo, Alexandre, Galhofas, Mil-Homens & Diogo, 2010, p.72). Porque ser afetuoso, amável, simpático e alegre não ultrapassa a dimensão profissional, não retira o profissionalismo, e ainda maximiza as metas terapêuticas (Paulo, Alexandre, Galhofas, Mil-Homens & Diogo, 2010).

Na minha perspetiva, o melhor de trabalhar em pediatria é que os cuidados têm de ser tão diversificados, tão personalizados, tão criativos e até emotivos, porque as crianças/famílias também o são, mesmo quando os diagnósticos ou os acontecimentos são idênticos. Se a criança está triste nós ficamos triste, se estão contentes, nós ficamos deliciados. Segundo Wong (1999), o enfermeiro deve ter o cuidado de se mostrar atencioso, exprimindo compaixão e “consciência dos sentimentos, necessidades e preocupações dos outros” (Goleman, 2005 p.34), pois o cariz de um cuidado atencioso abarca o conceito de cuidado não traumático e promove o desenvolvimento de um relacionamento terapêutico com a criança/família, além de que “os pais percebem a atenção como um sinal de qualidade do cuidado de enfermagem” (Wong, 1999 p.11). Também deve deter autoconsciência, ou seja, conhecimento dos seus “estados internos, preferências, recursos e intuições” (Goleman, 2005 p.34), auto-regulação para gestão dos seus “estados internos, impulsos e recursos” (Goleman, 2005 p.34), motivação porque “orienta ou facilitam o cumprimento de objectivos” (Goleman, 2005 p.34) e competências

sociais para que possa “induzir respostas favoráveis nos outros” (Goleman, 2005 p.34). Os pais enaltecem os enfermeiros que não se confinam aos procedimentos técnicos, que desempenham alguns aspetos do papel parental, admirando mesmo a emotividade demonstrada, na interação, tão especial, com as crianças internadas (Paulo, Alexandre, Galhofas, Mil-Homens & Diogo, 2010. p.78).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, W. (2001). *Transições e Contextos Multiculturais: Contributos para a anamnese e Recurso aos cuidadores informais*. (2ª ed.). Coimbra: Formasau - Formação e Saúde, Lda.
- Batalha, L. M. C. (2010). *Dor em pediatria: compreender para mudar*. Lisboa: Lidel.
- Breemen, C. (2009). Using play therapy in paediatric palliative care: listening to the story and caring for the body. *Review International Journal of Palliative Nursing*. 15(10). 510-514. Acedido a 17.12.2015. Disponível em <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=14&sid=a52a694f-f38f-45aa-bba8-8b16d82db3df%40sessionmgr4001&hid=4206>.
- Chang, M., & Kelly, A. E. (2007). Patient education: Addressing cultural diversity and health literacy issues. *Urologic Nursing*, 27(5), 411-417.
- Conselho Internacional de Enfermeiros. (2011). CIPE® Versão 2 – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. do original "*ICNP® Version 2 – International Classification for Nursing Practice*". (H. Castro, Trans.). Santa Maria da Feira: Ordem dos Enfermeiros.
- Fundação Aga Khan Portugal. (2015). *Famílias di ká*. Lisboa: A cor laranja.
- Goleman, D. (2005). *Trabalhar com a Inteligência Emocional*. (3ª edição). Camarate: Editora Temas e Debates.
- Hockenberry, M. & Wilson, D. (2014). *Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente*. (9ª ed.). Loures: Lusociência.

Ordem dos Enfermeiros. (2011a). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde da criança e do jovem. *Assembleia Extraordinária do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*.

Ordem dos Enfermeiros. (2015). Guia orientador de boa prática - Adaptação à parentalidade durante a hospitalização. 1(8).

Ordem dos Enfermeiros. (2011b). Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. *Cadernos OE. Série I*. 2(3)

Ordem dos Enfermeiros. (2010b). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem. *Ordem dos Enfermeiros*. Acedido a 30-05-2016. Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciaCrian%C3%A7aJov_20Nov2010.pdf.

Paulo, M. Alexandre, V. Galhofas, T. Mil-Homens, S. & Diogo, P. (2010). O Lugar no Afecto na Prática de Cuidados de Enfermagem em Contexto Pediátrico. Perspectivas de Crianças, Jovens, Pais e Enfermeiros. *Revista Pensar em Enfermagem*. 14(2). 70-81.

Petronilho, F. (2007). *Preparação do regresso a casa*. Coimbra: Formasau.

Phipps, W., Sands, J. & Marek, J. (2003). *Enfermagem medico-cirúrgica: conceitos e prática clínica*. (6ª edição). Loures: Lusociência.

Ramos, N. (2012). Comunicação em Saúde e interculturalidade – Perspectivas Teóricas, Metodológicas e Práticas. *RECIIS*, 6(4). <http://doi.org/10.3395/reciis.v6i4.672pt>.

Ramos, N. (2013). Cuidados de saúde e comunicação na sociedade multicultural: discutindo interculturalidade (s), práticas e políticas em saúde. *Revista Inter-Legere*, 1(11).

Saint-Exupéry, A. (2015). *O príncipezinho: Com ilustrações do autor*. Leya.

Simões, C. M. A. R., & Simões, J. F. F. L. (2007). Avaliação inicial de enfermagem em linguagem CIPE® segundo as necessidades humanas fundamentais. *Referência*, 2(4).

Sutton, M. (2000). Improving patient care: Cultural competence. *Family practice management*, 7(9), 58-60.

Tavares, P. (2011). *Acolher Brincando. A Brincadeira Terapêutica no Acolhimento de Enfermagem à Criança Hospitalizada*. Lusociência: Loures.

Wong D. (1999). *Enfermagem Pediátrica. Elementos Essenciais à Intervenção Efectiva*. (5ª ed.). Brasil: Guanabara Koogan.

Zlotnik, J. L. (2008). Retention of front-line staff in child welfare: A systematic review of research. *Children and Youth Services Review*, 30(9), 995-1008.

APÊNDICE IV – Reflexão sobre o Estágio numa Urgência Pediátrica



**7º CURSO DE MESTRADO E PÓS-LICENCIATURA EM ENFERMAGEM DE
SAÚDE INFANTIL E PEDIATRIA**

UNIDADE CURRICULAR: ESTÁGIO COM RELATÓRIO

**DESPERTAR PARA UM CUIDAR CULTURALMENTE
COMPETENTE: CONTRIBUTO DO ENFERMEIRO
ESPECIALISTA EM SAÚDE INFANTIL E PEDIATRIA**

REFLEXÃO

URGÊNCIA PEDIÁTRICA

Discente

Sandra Inês Gomes Carneiro, Nº 6717

Enfermeira Orientadora do Local de Estágio

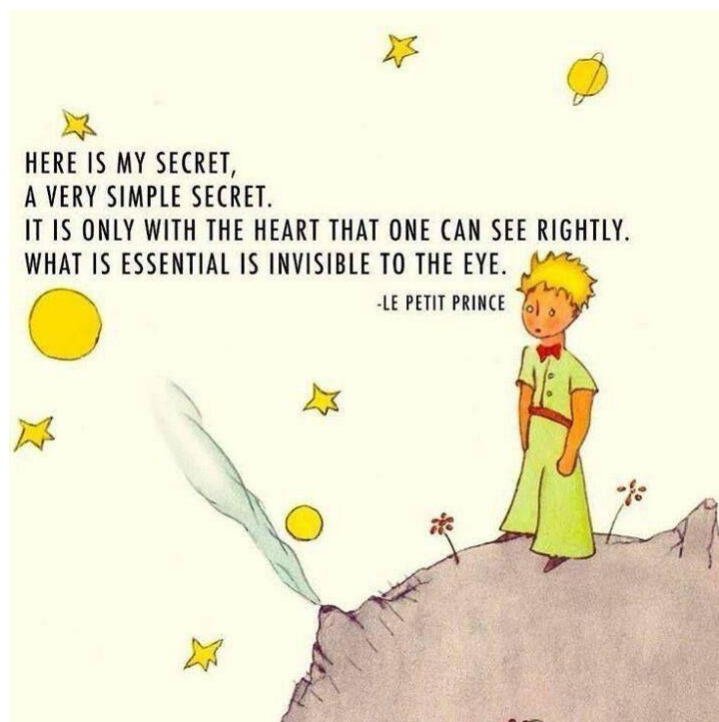
Mafalda Machado

Docente Orientador

Prof.^a Maria Manuela Soveral

LISBOA

Janeiro, 2017



HERE IS MY SECRET,
A VERY SIMPLE SECRET.
IT IS ONLY WITH THE HEART THAT ONE CAN SEE RIGHTLY.
WHAT IS ESSENTIAL IS INVISIBLE TO THE EYE.

-LE PETIT PRINCE

Qualquer família pode entrar por “aquela porta”, aquela porta que no serviço de urgência pediátrica permite aceder ao primeiro contacto do problema com a solução; entre a família que recorre a cuidados de saúde urgentes e o enfermeiro. Aquela é a porta que se abre para acolher o *“rapaz com as tatuagens”* que *“pode até ser um matemático amante de yoga; a mulher com o jibab”* que *“pode ser uma advogada que luta pelos direitos humanos”* (Ritual, 2017, p.8). Mas, *“Na segurança da nossa zona de conforto, o desafio é olhar para lá das ideias preconcebidas”* (Ibid). Se presenciarmos por exemplo, o momento em que as crianças conhecem alguém pela primeira vez, podemos notar a sua timidez lado a lado com a sua curiosidade, *“mas certamente não julgam”* (Rituals, 2017, p.7), porque *“Ainda não tiveram tempo para desenvolver o tipo de preconceitos que podem limitar as nossas vidas”* (Ibid).

Tal como a mensagem do príncipezinho que escolhi para esta reflexão, *“Abrir os nossos corações aos outros significa fazer um esforço para ir mais além de onde vimos, onde vivemos, como parecemos e no que acreditamos – e verdadeiramente abraçar e celebrar a diversidade da alma humana”* (Ibid), pois *“somos todos pessoas diferentes mas o coração humano apenas deseja uma coisa simples: amar e ser amado”* (Rituals, 2017, p.5), e por isso o essencial é mesmo invisível aos olhos, mas não ao coração.

Por trabalhar num serviço de internamento médico-cirúrgico as situações de instabilidade hemodinâmica em que necessitemos de colocar em prática as manobras de suporte básico ou avançado de vida são menos frequentes. No entanto, já aconteceram, além de que existem situações de tal forma imprevisíveis, em que não se consegue antecipar a deterioração precoce do estado clínico de algumas crianças e que exigem cuidados mais específicos, complexos e urgentes/emergentes. No serviço onde trabalho existe uma Unidade Especial de Internamento Pediátrico (UEIP), onde ficam internadas crianças mais instáveis e que, por isso, precisam estar monitorizadas permanentemente. É nesta unidade de internamento que as crianças necessitam de uma vigilância rigorosa, se encontram mais debilitadas física e emocionalmente, de cuidados mais específicos e complexos e é neste contexto que decorrem as situações de instabilidade hemodinâmica mais frequentes do serviço. Estas situações de eventual instabilidade fazem parte do nosso dia-a-dia, pelo que nunca é demais o reforço destes conhecimentos, além de que, o

Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem e o Regulamento das competências Comuns e Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem preconizam que o Enfermeiro Especialista desenvolva de tal forma aprendizagens e competências técnicas e relacionais, que consiga responder antecipadamente a situações de urgência/emergência (Ordem dos Enfermeiros, 2010ab; 2011a).

Este local de estágio deixou-se inicialmente, mais amedrontada por ser uma área de cuidados onde não tenho experiência. No entanto, com o decorrer do estágio e com o enorme incentivo da enfermeira orientadora foi possível sentir-me cada vez mais à vontade. Pude colaborar com a enfermeira no gabinete de triagem, na sala de aerossóis, na sala de tratamento e também na sala de observações. Felizmente não foi necessária a minha colaboração na sala de reanimação porque não hou nenhuma criança a necessitar de cuidados urgentes e emergentes durante o estágio na urgência pediátrica.

O primeiro atendimento e, conseqüente, acolhimento e as primeiras avaliações começam na sala de triagem, com o enfermeiro, de acordo com um determinado método de triagem. Para uma triagem isenta de erros determinou-se o recurso ao método de Triagem de Manchester, o qual estabelece, mediante o grau de gravidade, por meio de fluxogramas, a prioridade de atendimento. Esta avaliação é identificada e empregue por cores como vemos na figura 1.

EMERGENTE	VERMELHO
MUITO URGENTE	LARANJA
URGENTE	AMARELO
POUCO URGENTE	VERDE
NÃO URGENTE	AZUL

Figura 1 – Padronização do Pronto-Atendimento

Fonte: http://www.hospitaldecascais.pt/pt/PublishingImages/triagem_manchester_Site.jpg

O processo de triagem não permite estabelecer logo à partida um diagnóstico, mas permite ao enfermeiro atribuir “*uma prioridade clínica baseada*

na identificação de problemas”¹. Com base na queixa apresentada, nos sinais e sintomas o enfermeiro faz a sua avaliação clínica. Numa fase Inicial, o método de triagem requer que o profissional selecione o fluxograma que seja o mais específico possível em relação à queixa apresentada, de entre uma lista pré estabelecida de 50 fluxogramas, elaborados de acordo com as queixas das pessoas e, por isso, abrangem quase a totalidade das situações que se verificam num serviço de urgência. De seguida, percorrendo os discriminadores do fluxograma, criados de forma rigorosa, permitindo a informação cruzada entre fluxogramas, seleciona aquele que mais fielmente traduz uma determinada situação, distanciando-se fortemente da possibilidade de atribuir uma prioridade clínica inferior à real, já que uma determinada queixa pode gerar a mais do que um fluxograma.

o evento de triagem é um encontro rápido e focado, no qual é recolhida informação utilizada para atribuir uma prioridade clínica. É importante que a avaliação do doente seja sistemática e que todos os elementos dessa avaliação sejam reunidos para dar uma imagem completa da situação clínica do doente. Seguindo este processo sistemático, facilitado pela metodologia de triagem, a análise do doente pode ser executada rapidamente e com segurança, para se atribuir uma prioridade clínica apropriada a guiar a tomada de decisão.¹

A diversidade cultural no contexto de um serviço de urgência pediátrica foi uma realidade, tanto ao nível da pessoa que recorre aos cuidados de saúde na condição de cliente, como ao nível dos profissionais de saúde pelo que é necessário “*pensar em modelos interventivos adequados às novas necessidades da sociedade*” (Lopes, Santos, Matos, & Ribeiro, 2009, p.XIV). Investir na formação académica base, na formação em serviço e na formação avançada. Conhecer os hábitos e as culturas das famílias facilita uma maior e mais competente personalização e sensibilização da forma como se acolhem as pessoas na urgência (*Ibid*). Cada cultura e subcultura têm a sua concepção de saúde e doença, de cuidados de saúde, de prevenção, de tratamento, que o enfermeiro precisa compreender, pois pode explicar o motivo que leva uma família ao serviço de urgência. A cultura de cada um está, deste modo, na base dos seus comportamentos, atitudes e expectativas relativas à saúde/doença. As diversas crenças e expectativas, o conhecimento pobre das famílias relativamente ao sistema de saúde no que diz respeito à sua organização e

dinâmica (diferentes das que conheciam até então, por exemplo, para quem é imigrante), ou por ser um sistema de saúde “*menos autoritário que o sistema do país de proveniência; por disponibilizar tempos mais ou menos alargados; por ser mais focado na prevenção quando esta não é prática habitual no sistema do país de proveniência*” (Fundação Aga Khan, 2015, p.3).

há pessoas que vêm de realidades onde não há uma estrutura/sistema de saúde similar ao português; onde os medicamentos não são acessíveis ou habituais; em que podem desconhecer a existência de algumas doenças em que, em Portugal é aconselhada a vacinação (podem não cumprir por não terem tido contacto nem conhecimento sobre a doença em questão); ou, pelo contrário, são de regiões do mundo onde há um sistema de saúde altamente especializado e/ou com infraestrutura de topo. Em todos estes casos, e de igual forma, a imagem/representação que transportam das experiências anteriores molda as expectativas sobre o sistema, o acesso, as estruturas e as abordagens de saúde em Portugal” (Fundação Aga Khan, 2015, p.4).

Existe uma grande afluência de pessoas ao serviço de urgência e na verdade, a lista de pulseiras verdes e azuis é muito maior do que as restantes. Quer dizer, por um lado que o acesso ao serviço de urgência é fácil, mas por outro lado, as famílias continuam ainda a não ter o conhecimento suficiente para distinguir quando recorrer a um serviço de urgência. Pela facilidade de acesso, pela brevidade em que é estabelecida uma resolução para um determinado problema e pela aparente fácil gestão de recursos (familiares, de tempo, económicos), existe ainda uma excessiva afluência de pessoas nos serviços de urgência pediátrica. Na verdade, a fila de espera é composta maioritariamente por situações não urgentes e/ou pouco urgentes comparativamente às realmente avaliadas urgentes. Continua a ser um desafio constante encontrar uma solução para a afluência, muitas vezes “exagerada” e descabida aos serviços de urgência por parte da população. Mas devo destacar, que ao longo das três semanas de estágio, a classe social me pareceu pouco importante quando falamos dos motivos que levam as famílias à urgência, pois objectivei falta de conhecimentos tanto nas classes sociais mais altas, como nas mais baixas, no que toca à causa da procura de cuidados de saúde urgentes, embora causas de natureza muito diversa. O que quero não deixar de mencionar é que “as pulseiras verdes e azuis” não têm classe social. Por vezes podemos ter esta ideia pré concebida que as famílias menos

favorecidas recorrem “por tudo e por nada” à urgência, mas não é bem assim. Contudo, é irrefutável que a nossa sociedade é constituída por um maior número de famílias de classe social baixa e de baixa-média do que média-alta ou alta e por isso facilmente se suscite esse tipo generalização.

O grande marco do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria (EEESIP) não é só “*dar a conhecer de que modo os conceitos e ideias enraizadas na cultura promovem comportamentos e formas de pensar diferentes*” (Lopes, Santos, Matos, & Ribeiro, 2009, p.XIX). Mas sim, dar enfoque ao imperativo da transculturalidade do cuidar (Lopes, Santos, Matos, & Ribeiro, 2009). Dar-lhe a sua devida e merecida importância, é conhecer o Outro na sua individualidade e globalidade, tornará a linguagem o mais adequada possível, como base numa comunicação de ajuda, promoverá uma educação e aconselhamento interpessoal (Lopes, Santos, Matos, & Ribeiro, 2009). Abreu (2001, p.35) afirma que “*trabalhar a capacidade dos profissionais de saúde e as instituições lidarem com a diversidade cultural é uma exigência da qualidade dos cuidados*”. “*Dar ênfase aos principais aspectos que permitirão aos profissionais uma resposta mais adequada às necessidades particulares de cada pessoa, respeitando-a no seu todo*” (Lopes, Santos, Matos, & Ribeiro, 2009, p.XX).

Denotei algumas vezes, no meio de uma situação de maior instabilidade da criança, que o foco de atenção do enfermeiro está centrado na criança doente e nos cuidados a prestar-lhe, isto é, os pais/elementos significativos são muitas vezes descurados, mas não desvalorizados (subentenda-se). Outras vezes aconteceu a atenção estar mais voltada para a técnica, do que para a relação e a comunicação. Como futura EESIP desenvolvi conhecimentos e competências relacionais e de comunicação que me permitiram incluir os pais nestas situações de grande *stress* não só para a criança, mas para toda a família. E neste contexto, faz toda a diferença se houver, de facto, uma divisão de “responsabilidades/papéis” pela equipa de enfermagem, ou seja, um elemento que assumir o papel de “enfermeiro circulante” que seja responsável por amenizar e esclarecer a situação aos pais, reduzindo a ansiedade através de informação antecipatória sobre os procedimentos e o que é esperado, assegurando que estão a ser feitos todos os esforços para que a criança melhore (Hockenberry & Wilson, 2014), mas para isso terá de ter competências

emocionais, comunicacionais e relacionais eficazes (Ordem dos Enfermeiros, 2010a; 2010b; 2011a). “Quando a família se encontra vulnerável, necessita de alguém que a faça sentir-se segura, de alguém em quem confiar, que a compreenda, que mostre que a entende e que revela empatia e proximidade para com a experiência de saúde-doença (Diogo, Vilelas, Rodrigues & Almeida, 2015, p.49).

Não posso deixar de reforçar “que uma das mais traumáticas experiências hospitalares para as crianças é a hospitalização de urgência” (...) pois “O início abrupto da doença ou a ocorrência de um traumatismo deixa pouco tempo para que a criança possa ser preparada convenientemente” (Diogo, Vilelas, Rodrigues & Almeida, 2015, p.47). Mesmo num serviço de urgência é possível humanizar os cuidados. Uma hospitalização não traumática é possível (Diogo, Vilelas, Rodrigues & Almeida, 2015). A atividade lúdica no ambiente hospitalar constitui um fator que atenua as eventuais vivências negativas (Zengerle-Levy, 2004), por exemplo. A recreação e a distração são eficazes ferramentas num serviço de urgência (Zengerle-Levy, 2004). Fazer uso do humor também pode ser uma boa estratégia (Diogo, 2015). Embora focados na promoção do bem-estar, do conforto e na recuperação da doença da criança, os enfermeiros devem conseguir comunicar tranquilidade, calma e afecto, valorizando a criança e os pais vendo-os “como peritos e parceiros na tomada de decisões relativamente ao processo de cuidados (Hockenberry & Wilson, 2014 citado por Diogo, Vilelas, Rodrigues & Almeida (2015, p.49).

Mudando um pouco de assunto, mas igualmente pertinente, uma atividade que surgiu no decorrer do estágio sugerida pela enfermeira orientadora foi a de, em conjunto com os vários elementos da equipa presentes, como se de uma mesa redonda se tratasse, analisar e comentar um conjunto de fotografias publicadas num jornal on-line. O título da reportagem fotográfica foi “O que as Mulheres de Todo o Mundo levam na Mala para o Parto” nas fotografias estavam os objetos que os pais preparavam para levar para a maternidade. Como é óbvio, as diferenças são enormes, como podemos ver pelas fotografias que se seguem

Fotografia 1: Tanzânia



Fotografia 2: Malawi



Fotografia 3: Zâmbia



[illegible][illegible]

em Nova Iorque — no momento em que se dirige para a maternidade — Deanna leva na mala um leitor de música portátil. Ellen, no Malawi, uma lanterna. Deanna leva o livro "Mindful Mom-To-Be". Ellen leva um plástico negro para cobrir a marquesa onde dará à luz e a lâmina com que a parteira cortará o cordão umbilical do seu filho. (...) Na Tanzânia, por exemplo, no local onde Agnes Noti dará à luz o seu terceiro filho, não existe um lavatório. A sala de partos dispõe de um WC avariado e não tem chuveiro. Após o parto, as mulheres têm de dirigir-se à sala de desinfecção química, o local onde é lavado o equipamento médico e cirúrgico, e aí procederem à higiene necessária para evitar processos infecciosos. (...) desenvolveu-se este projecto fotográfico colaborativo no sentido de chamar a atenção para a importância da água potável num momento-chave, no qual as diferenças de raça, credo e cultura ficam para segundo plano. (...) "Vimos semelhanças notáveis e diferenças igualmente notáveis" (...). "As mães querem sempre as melhores condições possíveis para si e para o seu recém-nascido. Algumas das coisas que traziam eram praticamente universais: roupa de bebé, mantas para cobri-lo, por exemplo. Mas enquanto algumas mães traziam livros, óleos de massagem e leitores de música, outras traziam acessórios médicos e de higiene básicos".

Todos os enfermeiros tiveram algo a dizer, de muito interessante, como podemos ver. Primeiramente, diretamente relacionado com as fotografias e, posteriormente, foram surgindo temas relacionados, mas extremamente importantes e pertinentes, que têm tudo a ver com a minha temática. Então temos:

“Uns com tanto e outros com tão pouco, já viram?”

“Que diferença entre culturas... nota-se bem quem tem mais possibilidades.”

“Hoje em dia é bastante diferente! Vêm aqui muitas famílias de outros países, mais do que vinham antigamente!”;

“É muito fácil gerar um juízo de valor, ao invés de pensar antes de falar”;

“As culturas são diversas, temos de as respeitar”;

“(suspiro)..quando não falam português é que é mais difícil”

“Se a mãe não se sente à vontade para o administrar porque é que não hei-de ser eu a pôr o supositório? Se nem é ela que o faz em casa!”;

“Nunca tinha pensado em como a classe social torna as famílias tão particulares. Eles tratam-se por “você. Se não nos sentirmos à vontade em tratar bebés de 2 anos por você perguntamos aos pais como se sentem se os tratarmos por tu e logo vemos. Mas acho que é uma questão de hábito!”;

“Aquele bebé de 6 meses tinha um cordão vermelho à volta do umbigo. Cada família é que sabe no que acredita, desde que isso não interfira com o bem-estar, conforto, segurança e felicidade da criança e da sua família, por mim tudo bem!”;

“A mãe não pôde vir à urgência porque ainda está a trabalhar. Se em casa não é o pai que muda a fralda do recém-nascido, porque não sabe, porque não se sente à vontade, porque é sempre a ama que muda ou porque, simplesmente, não quer... porque é que o vou colocar numa situação desagradável? Vou perguntar-lhe se prefere que seja eu a fazê-lo, claro!”;

“Oh! Interessa-me lá se um miúdo tem duas mães ou dois pais! Eu tenho é de os capacitar, de os empoderar para responderem da melhor maneira às necessidades da criança! Se estamos a habituados a esta situação? Claro que não? Se a primeira vez que me deparei com isso foi estranho? Foi! Mas é só pensar no assunto e torna-lo o mais natural possível!”;

“Olha! Com isto tudo eu até já sei montes de palavras em crioulo! (risos)”.

(Enfermeiros de um serviço de Urgência Pediátrica,
comunicações pessoais, 23 de Janeiro de 2017).

Os enfermeiros focaram aspetos da cultura e subcultura de índole variada – raça, género, linguagem. Foi uma mesa redonda extremamente interessante. É inevitável a afinidade entre a pobreza/riqueza e a saúde/doença. Existem estudos sobre pobreza e doença onde se relacionam estas duas variáveis A pobreza é identificada como um dos determinantes em saúde, evidenciando que grupos mais desfavorecidos sofrem estados de doença mais significativos ou frequentes e mortalidade mais aumentada, sendo que também são estes grupos que estão em maior desvantagem no acesso aos serviços de saúde (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2004). Como se pode constatar as condições socioculturais constituem obstáculos importantes aos cuidados de saúde (Ramos, 2012; 2013; 2016).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

¹Grupo Português de Triagem. (2015). Sistema de Triagem de Manchester. Disponível on-line em: http://www.grupoportuguestriagem.pt/index.php?option=com_content&view=article&id=4&Itemid=110 (último acesso a 30.03.2018).

²WaterAid. (2016). O que as Mulheres de Todo o Mundo levam na Mala para o Parto. Disponível on-line em: <http://p3.publico.pt/actualidade/sociedade/21899/o-que-mulheres-de-todo-o-mundo-levam-na-mala-para-o-parto> (último acesso a 30.03.2018).

Diogo, P., Vilelas, J., Rodrigues, L., & Almeida, T. (2015). Enfermeiros com competência emocional na gestão dos medos de crianças em contexto de urgência. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, (13), 43-51.

Diogo, P. (2015). Trabalho com as emoções em enfermagem pediátrica: Um processo de metamorfose da experiência emocional no ato de cuidar (2^o ed.). Loures: Lusociência.

Ramos, N. (2012). Comunicação em Saúde e interculturalidade – Perspectivas Teóricas, Metodológicas e Práticas. *RECIIS*, 6(4). <http://doi.org/10.3395/reciis.v6i4.672pt>.

Ramos, N. (2013). Cuidados de saúde e comunicação na sociedade multicultural: discutindo interculturalidade(s), práticas e políticas em saúde. *Revista Inter-Legere*, 1(11).

Ramos, N. (2016). Mães e famílias entre culturas: saúde, desenvolvimento e cuidados interculturais. *Seguridade social, interculturalidades e desigualdades na contemporaneidade*, 230-269.

Zengerle-Levy, K. (2004). Practices that facilitate critically burned children's holistic healing. *Qualitative Health Research*, 14(9), 1255-1275.

APÉNDICE V – *Scoping Review*

DESPERTAR PARA UM CUIDAR CULTURALMENTE COMPETENTE: CONTRIBUTO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM SAÚDE INFANTIL E PEDIATRIA

AUTOR:

Sandra Inês Gomes Carneiro

RESUMO:

Background

É cada vez mais frequente a diversidade cultural com a qual o enfermeiro se depara na prestação de cuidados. Como tal, a exigência no cuidar aumenta significativamente, porque adequar os cuidados à singularidade de cada criança/família, às suas essências e exigências culturais e subculturais torna-se desafiante quando não se está familiarizado com as particularidades das diferentes culturas e subculturas. É imperativo formar os enfermeiros para a Enfermagem Transcultural, e mais, para a competência cultural, longe de visões preconceituosas ou etnocêntricas. Só assim será possível satisfazer as necessidades da criança/da família numa perspetiva, que centrada na família, inclui as particularidades culturais e/ou subculturais como determinantes para o cuidar.

Questão de Pesquisa

Como sensibilizar os enfermeiros para o desenvolvimento de um cuidar culturalmente competente à criança/ao jovem e família?

Objetivo

O objetivo da *Scoping* foi Identificar a evidência científica relevante, dos últimos 10 anos, para compreender quais os elementos necessários para a sensibilização dos enfermeiros para um cuidar culturalmente competente.

Crítérios de Inclusão

Foram realizadas pesquisas na *CINAHL Plus with Full Text* e *Medline with Full Text*. Foram considerados artigos em língua inglesa e portuguesa, entre 2007 e 2017, sobre a competência cultural e sobre a sensibilidade cultural; sobre cuidados culturalmente congruentes e a enfermagem transcultural.

Tipo de Participantes

Foram incluídas na pesquisa crianças/jovens até aos 18 anos e sua família de diferentes culturas, não se estabelecendo nenhum contexto específico de cuidados (Primário, secundário ou terciário). Foram incluídos também estudos em que os participantes podiam ser os adultos como os pais de crianças hospitalizadas, professores e enfermeiros.

Tipos de Resultado

A *Scoping Review* permitiu mapear a literatura existente sobre o tema e identificar, dentro da multiculturalidade, os elementos que estavam a ser estudados e os resultados que estavam a ser obtidos pela pesquisa dos últimos 10 anos.

Qualidade Metodológica

A *Scoping Review* forneceu uma imagem mais ampla da literatura existente sobre este tema. A avaliação da qualidade metodológica não foi realizada, excluindo-se estudos com base em resultados de qualidade.

Síntese de Dados

Os resultados são apresentados de forma narrativa, por tabelas.

Resultados

Com a pesquisa em base de dados foram obtidos um total de 147 artigos em texto integral, dos quais, no fim se selecionaram 9 para a *Scoping Review*.

Conclusões

Os estudos evidenciaram que a cultura/subcultura determina fortemente a forma de estar das famílias na vida, as suas opções e a sua visão do mundo, pelo que a intervenção do enfermeiro deve ser completamente fundamentada nos valores, crenças, tradições, práticas, modos de vida, estatuto socioeconómico, etc, enfim, nas particularidades culturais/subculturais das famílias que as tornam tão diferentes de todas as outras e, por isso, tão especiais.

Palavras-chave: Criança, Família, Competência Cultural, Enfermagem Transcultural, Enfermagem Pediátrica.

1. BACKGROUND

É cada vez mais frequente a pluralidade cultural com a qual o enfermeiro se depara na prestação de cuidados e, como tal, a exigência no cuidar aumenta fortemente porque adequar os cuidados às singularidades culturais de cada criança/família, exige desde logo um desafio, um envolvimento, um discernimento, uma destreza emocional e cognitiva muito mais árduas, do que quando se conhece e até se partilham elementos culturais ou subculturais. Torna-se imperativo que os enfermeiros acompanhem a diversidade cultural, seja étnica, racial, religiosa, socioeconómica, etc, e se tornem culturalmente competentes em enfermagem transcultural (Munoz & Luckmann, 2005). É necessário, assim, que os enfermeiros tenham em atenção e compreendam as diferenças e as influencias culturais das e nas famílias, pois quanto melhor conhecerem os costumes, as crenças e os valores das famílias e o modo de obter esta informação, mais competentes serão na satisfação das suas necessidades, conquistando a sua cooperação e aceitação (Hockenberry & Wilson, 2014), planeando um cuidado flexível e culturalmente competente (Pinto, Ribeiro, Pettengill & Balieiro, 2010).

a cultura é um todo complexo no qual cada parte está interrelacionada. É um termo abrangente que une muitos aspetos interrelacionados e únicos da humanidade, como crenças, tradições, modos de vida e o património. É muito mais do que um país de origem ou de uma designação demográfica, como africano, americano ou caucasiano (...) é no essencial, um modo de vida de um grupo de pessoas que incorpora experiências do passado, que influencia o pensamento e a ação no presente, e que transmite estas tradições aos membros dos próximos grupos. As famílias transmitem a sua cultura aos filhos e as crianças percecionam o mundo através destas lentes culturais (Hockenberry & Wilson, 2014, p.22).

“Uma cultura pode ter diversas subculturas, cada uma com identidade própria. As crianças são socializadas numa subcultura específica e não na cultura como um todo” pelo que as suas diferenças comportamentais têm uma base cultural (Leininger, 1990, 1991, 2001; Hockenberry & Wilson, 2014, p.22).

A inclusão das crianças numa subcultura é, na grande parte das vezes, involuntária, pois elas nascem numa família, com uma herança racial ou étnica, crenças religiosas e nível socioeconómico próprios (Hockenberry & Wilson,

2014). São as influências subculturais, como a etnia, classe social, profissão, entre outras, que parecem ter a maior influência na educação das crianças (*Ibid*). Estas aprendem os conhecimentos, as habilidades, as crenças e os valores importantes para a sua própria cultura e é por isso, que a sua saúde e o seu bem-estar na família são influenciados não só pelo contexto familiar, mas pelo contexto cultural (*Ibid*). A cultura é o seu norte, um rumo para a vida implantado e enraizado na família, o seu “quadro de referência para a percepção e julgamento individuais” (*Ibid*, p.22), sendo que as pessoas de uma cultura se distinguem das de outras culturas pela forma como pensam, como resolvem problemas, como percebem e estruturam o mundo. Compreender estes níveis de influência na orientação e no desenvolvimento das crianças e dos jovens é primordial para uma prática de enfermagem centrada na família e culturalmente competente (Thibodeaux & Deatricks, 2007), ou seja, uma “orientação centrada numa diversidade cultural complexa” (Hockenberry & Wilson, 2014, p.22)

Os enfermeiros têm, por vezes, uma tendência natural para atitudes etnocêntricas quando cuidam de pessoas de diferentes culturas (Williams & Kruse, 1999 citado por Hockenberry & Wilson, 2014). Mas, a vontade da família deve ser assegurada acima de tudo, a sua cultura tão particular deve ser perpetuada durante todo o internamento, porque é esse o seu superior interesse, para que os cuidados possam ser centrados em si e, então, individualizados (Hockenberry & Wilson, 2014). Só desta forma, os enfermeiros poderão tornar-se culturalmente competentes; quando compreenderem como a sua própria cultura pode influenciar a sua prestação de cuidados, conhecendo e compreendendo outras culturas para além da sua, com sensibilidade (Dunn, 2002). Esta perspetiva holística dos cuidados contemplando a cultura foi primeiramente descrita por Leininger, e inerente à enfermagem transcultural, na sua teoria da universalidade e da diversidade cultural dos cuidados (Leininger, 1990, 1991, 2001).

Desta forma, para a presente *scoping review*, optou-se por incorporar o binómio criança/jovem, pela possibilidade de contactar com uma grande variedade de comportamentos que as crianças/os jovens em diferentes fases de desenvolvimento apresentam. Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2011c, p.12) “A criança é toda a pessoa com menos de 18 anos de idade (...) e/ou até que a transição apropriada para a vida adulta esteja conseguida com sucesso”.

O contexto escolhido para o desenvolvimento da *scoping review* abrange quer o contexto hospitalar, quer o contexto de centro de saúde. Ambos dizem respeito a instituições onde existem profissionais de saúde – médicos e enfermagem, entre outros – com instalações onde são prestados cuidados especializados. No entanto devo salientar que o contexto que serviu de ponto de partida para a problemática em questão foi o contexto hospitalar privado. Estes foram os contextos escolhidos porque é onde os enfermeiros se podem confrontar com o choque cultural, sendo os contextos mais propícios à aprendizagem e ao desenvolvimento de uma sensibilidade cultural. Só com mente aberta e sensibilidade cultural, a prestação de cuidados poderá tornar-se culturalmente competente (Hockenberry & Wilson, 2014).

Estabeleceram-se, assim, como critérios de inclusão enfermeiros, professores a estudar a diversidade cultural e crianças/jovens dos 0-18 anos (menos 1 dia) e família, que se encontrem internadas pela especialidade médica e/ou cirúrgica, em contexto hospitalar, ou que recorram ao centro de saúde.

2. QUESTÃO DE PESQUISA/OBJETIVO

Questão de Pesquisa: Como sensibilizar os enfermeiros para o desenvolvimento de um cuidar culturalmente competente à criança/ao jovem e família?

Objetivo: compreender quais os elementos necessários na sensibilização dos enfermeiros para um cuidar culturalmente competente.

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Optou-se por considerar os resultados referentes a estudos publicados desde há 10 anos, em português e inglês, sobre a competência e sensibilidade cultural, a enfermagem transcultural, a diversidade cultural nas organizações de saúde e as implicações para o cuidar.

Tipo de participantes

Esta *scoping review* considera os estudos em que os participantes sejam Enfermeiros e em que os participantes possam ser as criança/os jovens até aos 18 anos (menos 1 dia) e família, desejavelmente, de culturas/subculturas específicas, que se encontrem internadas pela especialidade médica e/ou cirúrgica ou que recorram a qualquer contexto de cuidados de saúde. Também considera estudos em que participem só os pais/elementos significativos da criança e professoram que se encontrem a desenvolver conhecimentos sobre como formar para a competência e sensibilidade cultural.

Conceito

Para a presente *Scoping Review* o cuidar culturalmente competente foi o principal fenómeno estabelecido para estudo, à luz da Enfermagem Transcultural.

Contexto

O contexto que conduziu a pesquisa para este protocolo de *Scoping Review*: Qualquer contexto de prestação de cuidados de saúde - primários, secundários, ou terciários - à criança ou ao jovem e família.

Tipos de Estudos

Pretende-se incorporar estudos qualitativos e quantitativos.

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

A autora não tem interesse em considerar para a presente *Scoping Review* crianças/família com doença terminal, a receber cuidados paliativos. Foram excluídos estudos efetuados no âmbito da saúde mental e psiquiatria; estudos direcionados para as características específicas de uma determinada cultura, pois não se pretendeu caracterizar, detalhadamente, culturas. Foram excluídos para esta *Scoping* todos os artigos de opinião, bem como estudos de caso e revisões sistemáticas da literatura. Também se optou por excluir estudos em que os participantes eram estudantes de enfermagem. A avaliação da qualidade metodológica não foi realizada, por isso, também se excluíram estudos com base em resultados de qualidade.

ESTRATÉGIA DE PESQUISA

A questão de investigação foi construída a partir da mnemónica PCC, em que “P” representa a **População**, “C” o **Conceito** e o último “C” o **Contexto**. Assim sendo, os elementos da presente questão são:

Como sensibilizar os enfermeiros (P) para um cuidar culturalmente competente à criança/ao jovem e família (C) numa instituição privada (C)?

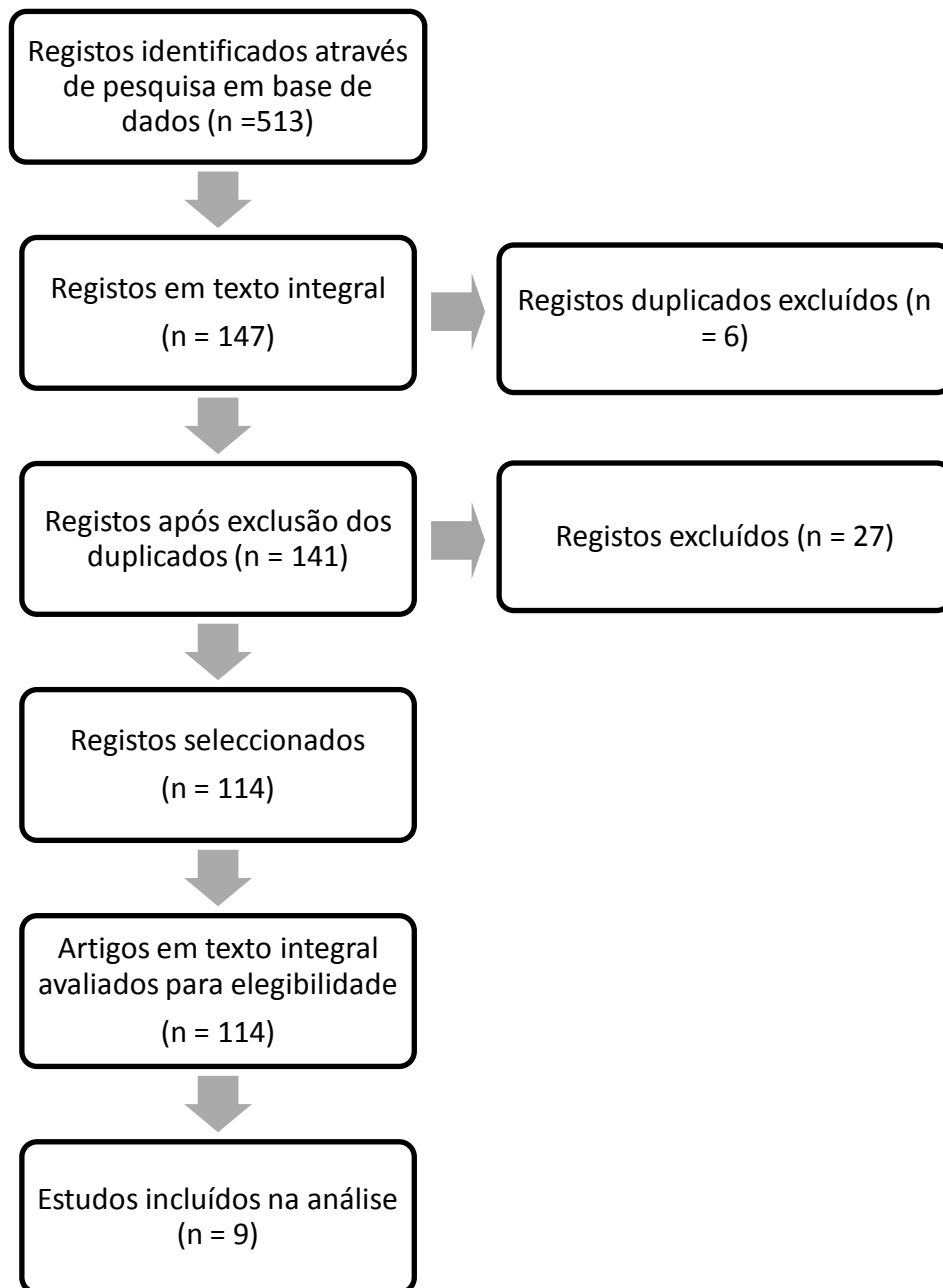
Foram seleccionadas as palavras-chave que permitiram realizar a pesquisa. Foi realizada pesquisa através do motor de busca *EBSCOhost* com acesso a duas bases de dados: *CINAHL Plus with Full Text* e *medline with Full Text*. Foram utilizados os descritores validados na *CINAHL Headings (Child, transcultural nursing, cultural competence)* e na *medline em Medical Subject Headings (Child, transcultural nursing, cultural competence)*. Utilizaram-se os operadores booleanos *AND* e *OR* para a realização da pesquisa em ambas as bases de dados. Somando os resultados de ambas as bases de dados resultaram 107 artigos, em texto completo, dos quais primeiramente foram lidos os resumos e, posteriormente, analisados mais profundamente, tendo em conta os critérios de inclusão/exclusão previamente estabelecidos.

Como se poderá constatar pelo resumo da pesquisa na *CINAHL* ilustrado na tabela 1, após a utilização do operador booleano *AND* entre *child/ cultural competence/ transcultural nursing*, apenas se obteve 1 estudo em texto integral que, por não obedecer aos critérios estipulados, foi excluído. O mesmo aconteceu com a pesquisa na *medline* que, embora tenha fornecido estudos diferentes, também resultaram dois, dos quais só um continha texto integral e foi excluído por não se enquadrar nos critérios. Optou-se, por conseguinte, por associar com o operador booleano *AND* apenas os *CINAHL Headings* e os termos indexados *cultural competence* e *transcultural nursing*, da qual resultaram 46 estudos em texto integral na *CINAHL* e 61 estudos em texto integral na *medline*. Foi necessária a introdução de um novo termo indexado/*CINAHL Heading - pediatric nursing*. Com este obtiveram-se mais 6 artigos na *CINAHL*, dos quais seleccionou-se 2 e apenas 1 outro na *medline*. Após análise dos 52 da *CINAHL* foram seleccionados 7 e da análise dos 62 artigos da *medline* seleccionou-se 6. Os artigos analisados foram no total 114.

Tabela 1. Resumo da estratégia de pesquisa

Pesquisa na <i>CINAHL</i>	Pesquisa na <i>Medline</i>
S1 exp child/(462,507)	S1 exp child/(1,660,282)
S2 cultural competence/(3,652)	S2 cultural competence, cultural competency/(2,023)
S3 transcultural nursing/(2,185)	S3 transcultural nursing/(2,312)
S4 S1 AND S2 AND S3 (7)	S4 S1 AND S2 AND S3 (2)
S5 Full Text; (1)	S5 Full Text; (1)
S6 S2 AND S3 (353)	S6 S2 AND S3 (153)
S7 Full text (78)	S7 Full text (62)
S8 Full Text; - english (73)	S8 Full Text; - english (61)
S9 Full Text; Published Date: 20060101-20141231; - English (46)	S9 exp pediatric nursing/(16,044)
S10 exp pediatric nursing/(18,909)	S10 S6 AND S9 (1)
S11 S2 AND S10/(15)	S11 Full text (0)
S12 Full text (6)	S12 S2 AND S9 (6)
	S 13 Full text (1)

Fluxograma 1. Árvore de decisão da estratégia de pesquisa



RESULTADOS

Título/ Autor(es)/ Ano/ País	Tipo de estudo/ Participantes	Resultados	Conclusões
<i>Health care providers' perspectives of providing culturally competent care in the NICU/</i> Hendson, L., Reis, M. D., & Nicholas, D. B./ 2015/ Canadá.	Estudo qualitativo para examinar as experiências e percepções dos profissionais de saúde que prestam cuidados a famílias recém imigrantes na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais de dois grandes hospitais do Canadá/ 58 profissionais de	Utilizadas entrevistas aplicadas a 7 grupos (grupos de 15 elementos) em dias diferentes. Os dados foram gravados com um gravador e transcritos. Analisaram-se as respostas dos entrevistados após a transcrição das mesmas, linha a linha, por meio de códigos. Categorizaram-se os códigos e conceitos dando origem a temas. Utilizou-se ainda o Software NVIVO para a análise de dados. Resultaram os temas: A – Influência cultural, religiosa ou de práticas étnicas; B – Crise e transição para casa; b1 - Crise: b1.1 - os profissionais referiram angústia e desconforto na <u>tomada de decisões</u> ; A <u>diferença entre as normas e crenças culturais</u> como dificuldade para a relação enfermeiro/família; A <u>linguagem, comunicação e compreensão</u> considerados como	Também no Canadá se tem vivido um aumento da diversidade cultural. A prestação de cuidados centrados na família é a linha orientadora para o cuidar e a melhor forma de honrar a diversidade cultural, étnica e socioeconômica. É imperativo que o cuidado culturalmente competente seja considerado e praticado como um elemento inerente ao cuidar de novas famílias imigrantes. Os profissionais de saúde reforçaram a importância da construção da relação profissional/família, uma relação respeitadora, independentemente do <i>background</i> cultural, uma relação

	<p>saúde, independentemente dos anos de experiência.</p>	<p>barreiras para os cuidados, suscitando frustração nos enfermeiros.</p> <p>b2 - transição para casa: <u>estereótipos não Intencionais</u>: efetuados pelos enfermeiros, relacionados com os que os profissionais vão opinando, o que faz com que os profissionais percam o interesse pela cultura dos doentes e mesmo que não se esforcem por conhecer e compreender a cultura fragilizando a relação profissional/família e criando tensões.</p> <p><u>Tempo limite curto para fazer atividades intangíveis</u>: São muitas as intervenções que o enfermeiro tem de executar no seu turno, nomeadamente atividades intangíveis, que não são mensuráveis, que têm de ser feitas e por vezes não têm tempo, principalmente quando têm de cuidar de famílias imigrantes, porque é mais difícil e mais demorado. Os enfermeiros referem que às vezes pode parecer que não estão a fazer nada, mas que têm muitos procedimentos para realizar e que não conseguem mensurar e é difícil explicar às famílias o tempo que precisam para os fazer, tempo esse, em que não estão a fazer outras coisas mais “palpáveis/visíveis”. A transição para casa em termos de preparação dos doentes, de ensinos pode ficar afetada devido à escassez de tempo dos enfermeiros.</p> <p><u>perceções intuitivas das necessidades da família</u>: muitas vezes os enfermeiros assumem intuitivamente o que é melhor para o</p>	<p>genuína e de empoderamento dos pais/cuidadores dos bebés e, acima de tudo, recíproca.</p>
--	--	---	--

		<p>doente/família na melhor das intenções, fugindo inconscientemente, à sensibilidade e competência cultural.</p> <p>Privacidade, contacto ocular e toque, vestuário, diferenças de papel entre géneros (no casal) consoante a cultura, cobrir o corpo da mãe enquanto amamenta, por exemplo, são características que devem ser consideradas pelos enfermeiros para uma maior habilidade cultural, sensibilidade e competência culturais, que muitas vezes, para quem não está em alerta, isto é, para quem não tem consciência cultural são descuradas.</p> <p>C – Estratégias que os profissionais de saúde usam para mitigar a fragilidade da interação:</p> <p>c1 - envolver e moderar;</p> <p>c2 - acreditar na filosofia de cuidados centrados na família;</p> <p>c3 - compreender a perspetiva do “outro” (ouvir a perspetiva da família), empatia, “recuar” se for o caso, humildade, sensibilidade, capacidade de resposta, capacidade de refletir, capacidade de não fazer julgamentos, recetividade às diferenças nos padrões de vida e práticas culturais.</p> <p>c4 - educação/formação para o conhecimento de outras culturas e das sus particularidades (ter acesso a um “Manual de culturas”, por exemplo no serviço).</p>	
--	--	---	--

Título/ Autor(es)/ Ano/ País	Tipo de estudo/ Participantes	Resultados	Conclusões
<i>Ethnic Swedish Parents' experiences of minority ethnic nurses' cultural competence in Swedish paediatric care/</i> Tavallalli, A., Kabir, Z. & Jirwe, M./ 2013/ Suécia.	Qualitativo exploratório sobre como é que os pais suecos percebem a competência cultural dos enfermeiros pertencentes a minorias étnicas e os cuidados por eles prestados/ 14 pais (7 mães e 7 pais, não casais) de cultura sueca, cujo filho esteve internado entre	Após a análise de conteúdo. Das entrevistas semi-estruturadas resultaram 4 categorias: A – Influência da etnia dos enfermeiros (todos os pais referiram que o <i>background</i> cultural dos enfermeiros não teve impacto na prestação de cuidados); B – Significado da linguagem transcultural (referido pelos pais como um dos mais importantes aspetos para a qualidade dos cuidados, referindo que alguns enfermeiros tinham marcada falha no domínio da língua, o que fez diminuir a sua satisfação (dos pais) para com os cuidados. Os pais defendem que os enfermeiros deveriam saber falar o mínimo e o básico de sueco); C – Habilidades transculturais (Os pais mencionaram a importância de um bom “encontro cultural” entre os profissionais e as famílias e que	Os enfermeiros precisam ser culturalmente competentes e devem estar bem informados sobre as diferentes culturas dos doentes. Salienta-se o quão importante é, apesar de os enfermeiros pertencerem a minorias étnicas, que se adaptem às maiorias étnicas. Neste estudo verificou-se que a etnia ou o facto de pertencerem a minorias étnicas, não tem impacto nos cuidados prestados pelos enfermeiros, sendo a percepção/experiência dos pais acerca da prestação de cuidados a doentes de outras culturas considerada boa; Os pais destacam, ainda, que o facto de um enfermeiro pertencer a uma minoria étnica o torna mais talentoso; Os autores destacam também a importância de se deter habilidades de comunicação, nomeadamente de linguagem verbal, pois verificaram-se dificuldades de comunicação em enfermeiros que não sabiam falar sueco, o que pode gerar ansiedade, incerteza e

<p>Outubro e Dezembro de 2011 no <i>“children’s hospital in the Stockolm County Council”.</i></p>	<p>para eles esse encontro foi bem sucedido com eles. Consideraram importante que o enfermeiro detenha um sentimento e um olhar humanizado);</p> <p>D – A importância da formação dos enfermeiros (os pais mencionaram a necessidade de formação para os enfermeiros estarem aptos a intervir na diferença);</p> <p>Resultaram 6 subcategorias</p> <p>a - A etnia dos enfermeiros não importa;</p> <p>b - A experiência dos enfermeiros, eles próprios de minorias étnicas;</p> <p>c - A importância das habilidades de linguagem;</p> <p>d - A importância em adaptar-se e ter consciência sobre a cultura sueca;</p> <p>e - Encontro cultural e atributos pessoais dos enfermeiros;</p> <p>f - Sensibilidade cultural.</p>	<p>insatisfação.</p> <p>Os pais relataram que, por vezes, apesar de os enfermeiros deterem conhecimentos médicos, mostrarem respeito e humildade, tinham uma abordagem autoritária, falta de habilidades linguísticas e de conhecimento sobre a cultura sueca;</p> <p>Sublinha-se a importância de incluir na formação do enfermeiro o “treino” das competências culturais. Em contrapartida, enfermeiras que pertencem a minorias étnicas relataram que já se sentiram discriminadas, prejudicadas e alvos de racismo.</p> <p>Os participantes enfatizaram que a competência cultural tem que ver com a consciência e sensibilidade cultural dos enfermeiros e que estes precisam de ter uma mente aberta e mostrar interesse em aprender detalhes sobre culturas diferentes. Nomeadamente realçam que todos os enfermeiros deviam ter formação sobre os valores e normas suecas e a própria cultura sueca.. Os pais afirmam estar satisfeitos com os cuidados prestados por enfermeiros pertencentes a minorias étnicas.</p>
---	---	--

Título/ Autor(es)/ Ano/ País	Tipo de estudo/ Participantes	Resultados	Conclusões
<i>Sociocultural and linguistic boundaries influencing intercultural communication between nurses and Moroccan patients in southern Spain: a focused ethnography/</i> del Pino, F. J. P., Soriano, E., & Higginbottom, G. M./ 2013/	Estudo qualitativo para determinar como é que os enfermeiros percebem a sua comunicação intercultural com doentes marroquinos e quais as barreiras de comunicação que identificam como impeditivas de uma comunicação e um cuidar efectivos/ 32 enfermeiros de 3 hospitais públicos	Realizaram-se entrevistas semi-estruturadas, que foram gravadas e posteriormente transcritas. Após a sua transcrição, as entrevistas foram traduzidas e revistas pelo entrevistador e pelos próprios entrevistados. Foram codificadas e deram origem a temas que, posteriormente, originaram categorias. A – Limite Cultural: tem que ver com preconceitos e estereótipos sobre os marroquinos, que podem constituir um enorme obstáculo à relação enfermeiro/doente e à abordagem intercultural; são ideias pré concebidas sobre os hábitos de higiene dos marroquinos; o quão rápido eles falam; a sua religião. O estudo demonstra que existe de facto preconceito da comunidade espanhola para com os marroquinos. B – Limite Social: tem que ver com o preconceito xenófobo de alguns Espanhóis para com os marroquinos. Usam algumas expressões xenófobas como se não fizesse mal porque todos os outros também as usam. Mas, na verdade, o estudo demonstra que o maior preconceito e comportamentos de evicção e de rejeição existe entre os doentes de nacionalidades diferentes e não entre os enfermeiros para com os marroquinos. C – Limite Linguístico: o facto de a língua entre o enfermeiro espanhol ser	Quando cuidam de pessoas de diferentes grupos étnicos, sejam marroquinos ou espanhóis, os enfermeiros devem ter consciência das diferenças e apreciar as especificidades culturais, como os valores, religião e crenças, pois tal refletirá a sua aptidão para promover cuidados culturalmente competentes. A barreira da língua pode comprometer o cuidar e é a barreira que mais impacto tem nos cuidados de saúde, segundo este estudo. Conclui-se também que os enfermeiros devem ter formação para prestar cuidados

Espanha.	de Espanha.	<p>diferente da do doente marroquino cria uma imensa barreira na sua relação, para a qual ambos têm de se esforçar, sendo uns mais competentes do que outros. Mas, o estudo realça que esta barreira é óbvia mas tem de ser ultrapassada;</p> <p>D – Superando Fronteiras: esta categoria surge quase como uma síntese das categorias anteriores e até como uma forma de superar os limites atrás estudados. Uma dessas formas consiste em instituir a presença de um mediador intercultural competente. Esta sugestão surgiu por parte de uma doente marroquina. Segundo grande parte dos participantes esta seria uma forma de contrariar ou pôr fim aos limites culturais, sociais e linguísticos. Com as entrevistas alcançaram-se três componentes importantes para a comunicação intercultural:</p> <p>Componente cognitiva: tem que ver com a consciência, com o conhecimento e a compreensão dos elementos culturais e comunicacionais que permitem estabelecer uma comunicação efetiva;</p> <p>Componente emocional: refere-se às habilidades para responder de forma emocionalmente positiva e para controlar as emoções que podem prejudicar o processo de comunicação intercultural;</p> <p>Componente comportamental: abrange as habilidades de comunicação verbal e não verbal e demonstra o comportamento de adaptação que conduz a uma comunicação apropriada e efetiva, num determinado contexto</p>	<p>culturalmente apropriados e sensíveis.</p> <p>O artigo conclui que a notável ausência de conflitos entre os doentes marroquinos e a aparente apetência dos enfermeiros para a consciencialização e sensibilidade cultural, permite uma visão otimista do futuro.</p>
----------	-------------	---	---

Título/ Autor(es)/ Ano/ País	Tipo de estudo/ Participantes	Resultados	Conclusões
<p>A</p> <p><i>Transcultural Immersion Experience: Implications for Nursing Education/</i></p> <p>Barbara Siebert, D. N. P., Kathy Holloway DNP, R. N., & Pamela Gilbert, D. N. P./ 2012/ Chicago.</p>	<p>Estudo de campo observacional e experimental para compreender a influência das questões culturais na educação dos estudantes de enfermagem/ Professores de enfermagem. Os professores de enfermagem de Chicago viajaram até Itália. Visitaram dois hospitais de Roma.</p>	<p>Das observações, interações e troca de experiências em campo, com profissionais de saúde de dois hospitais de Roma, resultaram os seguintes temas:</p> <p>A – Comunicação (dificuldades de comunicação devidas à diferença de idioma entre os professores Americanos e os profissionais de saúde Italianos);</p> <p>B – Transporte (Os meios de transporte que se prefere em Itália diferem francamente dos da América. Os Italianos preferem os transportes públicos, andar a pé ou de mota/scooter);</p> <p>C – Prática Culinária (Encontraram diferenças na alimentação, tanto no tipo de alimentos, como na confeção</p>	<p>Este estudo acentua a importância de os professores de enfermagem prepararem e dotarem os estudantes de estratégias para o desenvolvimento da competência cultural. Enaltece, também, a necessidade de preparar os estudantes de enfermagem para serem culturalmente competentes enquanto no seu currículo assimilam experiências com pessoas de diversas culturas.</p> <p>Os professores consideraram que colocar os estudantes em ambientes culturalmente diferentes (como o de Itália), inicialmente traria algumas dificuldades e vulnerabilidades, mas no fim seria promotor de grande sensibilidade cultural e motivador de reflexões sobre as perspetivas dos estudantes sobre as diferenças culturais.</p> <p>Os professores consideram a diferença de língua uma barreira para a prestação de cuidados culturalmente sensíveis, sentindo-se vulneráveis por não a compreenderem. Referem que o facto de os Italianos preferirem os transportes públicos os faz perder mais tempo. Notaram ainda que os momentos das refeições são drasticamente diferentes dos da América, sendo momentos (na Itália) de relaxamento e descontração na companhia de familiares e amigos, o que não acontece com os americanos que</p>

		<p>e no facto de os italianos preferirem uma dieta equilibrada, variada e comida em menores quantidades do que na América);</p> <p>D – Religião (o catolicismo tem uma forte influência na cultura italiana);</p> <p>E – Ambiente público (os italianos são liberais, estando à vontade com o facto de fumarem, de beberem bebidas alcoólicas e os assuntos relacionados com sexualidade).</p>	<p>frequentemente tomam as suas refeições sozinhos e com pressa. Também a religião, que influencia fortemente muitas culturas, difere muito da americana. Em Itália a arquitetura rege-se pelo catolicismo e existem, inclusivamente, muitas esculturas, figuras, museus e estátuas nos serviços hospitalares, etc., alusivos ao catolicismo. Já na América para além do catolicismo segue-se, essencialmente o judaísmo, por exemplo.</p> <p>Relativamente às práticas e aos comportamentos de saúde, os italianos são muito liberais e destemidos não havendo tanta preocupação com as taxas de fumadores e a frequência com que bebem bebidas alcoólicas como acontece na América. As pessoas de uma determinada cultura sentem-se vulneráveis quando não estão a viver na sua cultura dominante, pelo que é fundamental preparar os estudantes para as diferenças culturais mencionadas que, neste caso dizem respeito a Itália, mas poderíamos estar a falar de qualquer outra cultura. A partir do estudo os professores tomaram maior consciência da necessidade de formarem os estudantes para as questões da Enfermagem Transcultural.</p> <p>O desenvolvimento da competência cultural em estudantes e docentes é mais fácil em ambientes que apoiem a diversidade e é facilitado por experiências clínicas guiadas.</p>
--	--	--	--

Título/ Autor(es)/ Ano/ País	Tipo de estudo/ Participantes	Resultados	Conclusões
<i>Supporting cross-cultural communication and culturally competent care in the linguistically and culturally diverse hospital settings of UAE/</i> El-Amouri, S. & O'Neill, S./ 2011/ Emirados Árabes Unidos.	Estudo qualitativo para identificar que tipo de estratégias são usadas para uma comunicação eficaz na promoção de cuidados culturalmente competentes/ 153 profissionais de saúde de 4 hospitais públicos e de 6 hospitais privados dos Emirados Árabes Unidos, sendo	Foram colocadas aos participantes um conjunto de perguntas abertas que foram concebidas para avaliar as visões dos participantes, que surgiram como as seguintes categorias e subcategorias: A – estratégias para a prestação de cuidados a clientes de diferentes origens culturais: a₁ – Avaliação do <i>background</i> cultural; a₂ – Não discriminação; a₃ – Documentação (artigos e memorandos em inglês e em árabe); a₄ – suporte na comunicação (com símbolos, sinais, diagramas, fotografias, cartões escritos, vídeos, dicionários e livros de tradução; a₅ – uso de critérios para avaliação dos <i>outcomes</i> /acompanhamento por <i>follow-up</i> do progresso dos doentes; a₆ - “Abertura” na comunicação (liberdade de expressão); a₇ - métodos de ensino (participação em seminários, em palestras, <i>workshops</i> e em grupos de debate para desenvolvimento profissional).	A pesquisa indica que a comunicação ineficaz, particularmente nos cuidados de saúde, pode contribuir para cuidados inadequados, estereotipados ou negligentes, além de desentendimentos entre a equipe. Também pode levar à formulação de diagnósticos errados e a relação enfermeiro-doente pode ficar comprometida, além da insatisfação tanto do profissional como do doente. As dificuldades de comunicação entre culturas e os diferentes idiomas podem afetar a qualidade dos cuidados. A comunicação e os cuidados culturais andam de mãos dadas. As estratégias para melhorar os cuidados na diversidade cultural devem garantir que os enfermeiros compreendam e desenvolvam habilidades de comunicação interculturais. A falha no reconhecimento da visão do

<p>que teriam de ser enfermeiros com pelo menos 2 anos de experiência na qualidade de líder.</p>	<p>B - estratégias para se comunicar com pacientes que não falam árabe:</p> <p>b₁ - acesso fácil a intérpretes/ tradutores (podem ser elementos da família); ou serviços de tradução;</p> <p>b₂ – não negligenciar a atenção ao <i>background</i> sociocultural;</p> <p>b₃ - habilidades pessoais de comunicação;</p> <p>b₄ - atenção à linguagem verbal/ linguagem não-verbal;</p> <p>b₅ - ajudas escritas e visuais.</p> <p>C – estratégias que usam para facilitar uma comunicação intercultural eficaz para a promoção de cuidados culturalmente competentes:</p> <p>c₁ - acesso a traduções escritas;</p> <p>c₂ - orientação para a cultura, a diversidade cultural e competência cultural;</p> <p>c₃ - avaliação crítica;</p> <p>c₄ - promoção do desenvolvimento profissional;</p> <p>c₅ - Providenciar tradutores e intérpretes;</p> <p>c₆ - atividades de promoção da coesão da equipa;</p> <p>c₇ - celebrações culturais e atividades de socialização.</p>	<p>mundo do cliente, pelo enfermeiro é evidente, falha que poderá resolver-se com o conhecimento e reconhecimento das diferenças culturais, com uma comunicação intercultural eficaz e com a melhoria das políticas de saúde dos hospitais quer sejam públicos ou privados. É de capital importância o desenvolvimento de conhecimento por parte do enfermeiro através de melhores métodos de ensino que, segundo este estudo parece passar pela realização de <i>workshops</i>.</p>
--	--	--

		<p>D – Sugeriram estratégias para a melhoria das políticas hospitalares no que respeita à diversidade cultural:</p> <p>d₁ - reformulação dos métodos de ensino para um desenvolvimento profissional mais competente na diversidade cultural;</p> <p>d₂ - otimização do acesso a intérpretes e tradutores;</p> <p>d₃ - elaboração de um programa de formação e desenvolvimento profissional (workshops vistos como a melhor forma);</p> <p>d₄ - avaliação;</p> <p>d₅ - uso de formas de comunicação mais apropriadas (dicionários, símbolos, etc);</p> <p>d₆ - empoderamento da equipa para a tomada de decisão;</p> <p>d₇ - consideração do nível socioeconômico do doente.</p> <p>Os dados foram analisados para temas comuns com base na frequência das estratégias relatadas pelos participantes e na proporção de participantes que contribuem com estratégias específicas dentro de cada categoria temática.</p>	
--	--	--	--

Título/ Autor(es)/ Ano/ País	Tipo de estudo/ Participantes	Resultados	Conclusões
<p>Cultural competence: Reflections on patient autonomy and patient good/ Leever, M. G./ 2011/ Estados Unidos da América.</p>	<p>Artigo de reflexão/discussão para explorar os fundamentos morais da competência cultural, integrando-os na promoção da autonomia e na promoção do bem ao doente/ O único participante é o autor.</p>	<p>No artigo o autor dá o exemplo de 3 casos reais que analisou na comissão de ética. Os casos são:</p> <p>1 – Grávida iraniana em trabalho de parto que recusou ser observada por um ginecologista homem;</p> <p>2 – Jovem asiática, internada por insuficiência respiratória e renal agudas, com indicação para repouso absoluto, que considerou um ultraje oferecerem-lhe a arrastadeira para a eliminação vesical e intestinal para não sair do leito;</p> <p>3 – Doente americano jeová que recorreu à urgência por uma colecistite aguda litiásica que recusava a cirurgia;</p> <p>Para lidar com pessoas de diferentes culturas, foi necessário instituir mudanças organizacionais para resolver as questões atrás descritas.</p> <p>As situações descritas foram de fácil resolução, mas o trabalho de equipa multidisciplinar de diferentes hierarquias foi fundamental para as resolver. A</p>	<p>A competência cultural representa um progresso moral que tem sido significativo para a prestação de cuidados de saúde. O autor afirma que é a principal justificação moral para que sejamos sensíveis à cultura enraizada dos doentes e das suas famílias, com respeito pela sua autonomia e compromisso em fazer o bem, o bem que é subjetivo, porque é diferente de doente para doente. As instituições têm de se focar em acomodações razoáveis, pois para prestar cuidados culturalmente competente é necessária uma abordagem organizacional e não simplesmente individual. Para que se possa responder às necessidades culturais dos doentes toda a instituição deve estar preparada, pois é quem gere, disponibiliza os recursos e implementa medidas de avaliação do impacto na qualidade das medidas implementadas nos cuidados. O que o autor pretende realçar é que se os profissionais de saúde estivessem “culturalmente preparados” determinadas questões culturais nunca se colocariam, nunca seriam</p>

		<p>destacar está o facto de as situações mencionadas poderem ter sido evitadas.</p> <p>Segundo o autor, a preparação dos profissionais de saúde passa por desenvolver os seguintes componentes:</p> <ul style="list-style-type: none"> ●consciência cultural ●conhecimento cultural ●habilidades culturais ●encontro cultural; e ●desejo cultural. <p>Para o autor tais elementos estão na base do respeito pela autonomia e pelo bem do doente.</p>	<p>um problema, não estaria em causa a insatisfação e/ou decepção do doente, nem as intervenções interfeririam com a sua autonomia ou o seu interesse superior, e acima, de tudo, com o que ele (o doente) acredita ser a sua saúde. Com a mais adequada preparação dos profissionais não existiria qualquer obstáculo na relação doente/enfermeiro.</p>
--	--	---	--

Título/ Autor(es)/ Ano/ País	Tipo de estudo/ Participantes	Resultados	Conclusões
Cultural competence among Swedish child health nurses after specific training: A randomized trial/ Berlin, A., Nilsson, G. & Törnkvist, L./ 2010/ Suécia.	<i>Experimental randomizado</i> Sobre como avaliar até que ponto a formação específica afetou a forma como os enfermeiros avaliam sua própria competência cultural, dificuldades, preocupações e como avaliam essa formação/ 51 Enfermeiros responderam ao pré; questionário;	Utilizaram-se questionários codificados, que foram implementados antes e depois da formação de 3 dias. De forma geral: Os 3 dias de treino tiveram efeitos positivos na melhoria da competência cultural, dificuldades e preocupações. Três aspetos foram avaliados como resultados do treino: A - A competência cultural; B - A experiência de cada enfermeiro relativa a dificuldades e preocupações, e, por fim, C - a avaliação dos enfermeiros sobre o treino. Para ascender à competência cultural o enfermeiro deve intervir de acordo com 5 componentes de um processo: 1 – Consciência cultural; 2 – Conhecimento cultural; 3 – Capacidade cultural; 4 – Encontro cultural;	Estudos anteriores entre pais revelaram que estes tinham a sensação de exposição e ansiedade sobre serem julgados ou mal interpretados enquanto pais, o que é alarmante, pois pode colocar em risco a prestação de cuidados de alta qualidade. Também revelaram que a maioria das enfermeiras vivencia uma estimulante, mas difícil interação com os pais imigrantes e os seus filhos. A competência cultural como processo individual no qual os prestadores de saúde continuamente se esforçam para alcançar a capacidade e a disponibilidade para efetivamente trabalhar dentro do contexto cultural de um cliente, é um assunto urgente para melhorar a qualidade do cuidar e por isso tem de ser treinada. O treino da competência cultural foi sugerido como forma de reduzir as dificuldades, desafios e problemas na interação intercultural entre cuidador e cliente, nomeadamente imigrantes, pois pode ser um meio efetivo para apoiar os enfermeiros no seu trabalho.

<p>27 enfermeiros no grupo de controlo e de 24 no grupo de intervenção; 49 enfermeiros responderam ao pós-questionário.</p>	<p>5 – Desejo cultural.</p> <p>Antes da formação os enfermeiros deviam apresentar 2 casos que lhe tivesse suscitado dificuldades e preocupações para discutir e refletir;</p> <p>Após a formação os enfermeiros discutiram novamente 2 casos escolhidos por si, mas à luz destes 5 níveis da competência cultural;</p> <p>Na dimensão da <u>competência cultural</u>: Em relação à consciência cultural, não se observaram diferenças significativas entre o grupo de controlo e o grupo de intervenção; No entanto em todos os restantes 4 níveis de competência cultural os resultados afirmaram significativas melhorias entre os dois grupos, isto é, resultaram num aumento do conhecimento cultural, das habilidades culturais e, significativo aumento do desejo de encontro cultural e de conhecer mais sobre as características culturais, sobre a competência cultural.</p> <p><u>No domínio da experiência de cada enfermeiro relativa a dificuldades e preocupações:</u> os enfermeiros revelaram que a falta de conhecimento cultural (no que respeita a religião e tradições) era,</p>	<p>Quando comparados os participantes com os que não realizaram a formação de 3 dias, verificou-se melhoria da competência cultural com a formação. Esta é uma forma de responder às mudanças demográficas da sociedade sueca, é também uma forma de melhorar as condições de trabalho das enfermeiras na medida em que se sentem mais competentes e confiantes quando lidam com encontros ou situações interculturais nos serviços de saúde. O treino contribui para uma melhoria da qualidade dos cuidados, diminuindo o risco de disparidades no cuidar entre as crianças. O treino afetou a forma como os enfermeiros classificam suas próprias competências culturais, dificuldades, e preocupações e avaliaram-nos como uma ferramenta importante e positiva.</p>
---	--	---

		<p>após o treino, uma dificuldade significativamente menor, o que por sua vez também diminuiu a preocupação e a ansiedade, deixando-os mais confiantes e habilitados para cuidar na diversidade cultural,.</p> <p>E relação à <u>avaliação dos enfermeiros sobre o treino</u>: A maioria dos elementos do grupo de intervenção ficou satisfeita com a qualidade do treino e confirmaram o significativo impacto da formação para a melhoria das suas habilidades culturais.</p>	
--	--	--	--

Título/ Autor(es)/ Ano/ País	Tipo de estudo/ Participantes	Resultados	Conclusões
Identifying the core components of cultural competence: findings from a Delphi study/ Jirwe, M., Gerrish, K., Keeney, S., & Emami, A./ 2009/ Suécia.	Estudo Delphi para Identificar os principais componentes da competência cultural a partir de uma perspectiva sueca/ Amostra não aleatória de 24 profissionais (oito enfermeiros, oito investigadores e oito professores de enfermagem) com conhecimentos em diversidade cultural e de	Foram realizadas entrevistas para identificar os conhecimentos, habilidades e atitudes que formam os componentes de competência cultural. A análise de conteúdo produziu declarações que foram desenvolvidas num questionário. Os entrevistados marcaram itens de questionário de acordo com importância considerada. As declarações consensuais foram removidas dos questionários e estes foram usados nas rondas subsequentes. Foram realizadas Três rondas de questionários. 1ª Ronda: A - Sensibilidade cultural: a ¹ - Atributos pessoais; a ² - Autoconsciência. B - compreensão cultural: b ¹ - Consciência Cultural; b ² - Conhecimento sobre identidade étnica e cultural; C - Encontro cultural; c ¹ - Consciência dos encontros culturais; c ² - Habilidades em encontros culturais;	Aquisição e desenvolvimento de conhecimento, habilidades e atitudes identificadas deve permitir que os enfermeiros atendam às necessidades de pacientes de diferentes origens culturais. Os componentes da competência cultural podem constituir a base da formação dos enfermeiros.

	<p>acordo com os critérios de inclusão estabelecidos pelos autores.</p>	<p>c³ - Consciência da linguagem; c⁴ - Habilidades de comunicação.</p> <p>D - Representações da saúde, doença-saúde e cuidados de saúde: d¹ - Crenças de saúde/doença d² - Preferências e experiências dos profissionais de saúde; d³ - Estratégias para o autocuidado.</p> <p>E - Contexto social e cultural. e¹ - Religião e espiritualidade; e² - Dinâmica de gênero; e³ - Aspectos familiares e sociais; e⁴ - Preferências nutricionais e dietéticas; e⁵ - Experiência educacional.</p> <p>2ª Ronda:</p> <p>Durante 2ª ronda 80 declarações atingiram o predeterminado nível de consenso de 75% e foram considerados "muito importantes". Nas duas subcategorias, crenças de saúde/doença e nutrição e preferências dietéticas, todas as declarações tiveram consenso. Tal contrastou com a subcategoria relativa a "conhecimento da identidade étnica e cultural" em que nenhuma das declarações chegou a consenso.</p>	
--	---	--	--

		<p>3ª Ronda:</p> <p>Na 3ª ronda, o consenso foi alcançado em 26 declarações que foram classificadas como "muito importantes". Pela primeira vez, uma declaração sobre o conhecimento da identidade cultural chegou a um consenso. Após esta ronda o consenso foi alcançado em 106 declarações com 31 declarações restantes.</p> <p>4ª Ronda:</p> <p>Outras 12 declarações chegaram a um consenso na rodada final. No total, 118 de 137 declarações chegaram ao consenso após quatro rondas, o que é indicador de que todos os itens que alcançaram o consenso foram considerados importantes. O consenso foi conseguido em todas as declarações em sete subcategorias, consciência cultural; Encontro cultural, habilidades em encontros culturais; habilidades de comunicação; Crenças de saúde/doença, preferências e experiências dos profissionais de saúde; religião e espiritualidade; preferências nutricionais e dietéticas. A subcategoria, - Conhecimento sobre identidade étnica e cultural, destacou-se como o número de declarações que não chegou ao consenso.</p>	
--	--	--	--

Título/ Autor(es)/ Ano/ País	Tipo de estudo/ Participantes	Resultados	Conclusões
<p>Educational needs of nurses when nursing people of a different culture in Ireland/ Tuohy, D., McCarthy, J., Cassidy, I., & Graham, M. M./ 2008/ Irlanda.</p>	<p>Estudo qualitativo para discutir as experiências dos enfermeiros da República da Irlanda quando cuidaram de pessoas de uma cultura diferente/ os participantes foram escolhidos de forma não aleatória; Deveriam ser enfermeiros que prestaram cuidados a culturas diferentes nos</p>	<p>Os dados foram analisados segundo temas após implementação de entrevistas semi-estruturadas em dois grupos: um grupo onde os participantes respondiam individualmente à entrevista e outro grupo onde respondiam coletivamente.</p> <p>Temas:</p> <p>A – Lidar com questões culturais na prática de cuidados (o impacto das diferenças culturais nos cuidados, as barreiras que podem surgir, as dificuldades de comunicação);</p> <p>B – Aceder e utilizar serviços de intérpretes (os participantes enaltecem a importância do acesso a intérpretes, mas ressaltam a importância de se tentar manter o mesmo intérprete);</p> <p>C – Planejar e atuar de acordo com o plano delineado para melhorar a prestação de cuidados a pessoas de diferentes culturas de forma holística (educação dos profissionais de saúde para as diferenças culturais, reformulação de protocolos, otimização de recursos (dicionários, livros de frases em diferentes línguas) e facilidade de acesso a</p>	<p>Oportunidades de mudança quando existe um encontro cultural entre o doente e o enfermeiro.</p> <p>Consciência cultural, conhecimento cultural, capacidade/habilidade cultural, encontro e desejo cultural, as componentes para o desenvolvimento da competência cultural, que deve ser inerente à prestação de cuidados na diversidade cultural, apesar das óbvias e inevitáveis barreiras de linguagem, crenças, religião, de classe social. O investimento na educação dos enfermeiros para o conhecimento das diferenças culturais, para a consciência cultural, bem como para estratégias que permitam contornar determinadas barreiras no cuidar de pessoas de culturas diferentes, como a implementação de novas políticas e a reformulação de algumas já existentes no próprio serviço (no próprio hospital) podem conduzir a uma maior segurança, sensibilidade</p>

	últimos 6 meses e que estavam dispostos a partilhar a sua experiência.	intérpretes).	Adaptar e personalizar, reconhecendo e respeitando as diferenças do cliente de acordo com o seu contexto cultural e não tentar impor a própria cultura permite uma prestação de cuidados culturalmente congruentes.
--	--	---------------	---

DISCUSSÃO

Foram 9 os artigos escolhidos para analisar e encontram-se apresentados por ordem cronológica, do mais recente para o menos recente. Embora exponha, nesta *Scoping Review*, um reduzido número de artigos analisados, estes foram os que, de alguma forma, me pareceram os mais pertinentes, dado não ter encontrado nenhum artigo que trate concretamente a problemática que deu origem a esta investigação, que está diretamente ligada às particulares do cuidar de famílias de classe social mais elevada, as quais podem ser alvo de discriminação, rejeição, etnocentrismos e comportamentos de evicção. Primeiramente pretendeu-se fundamentar com a evidência científica a existência de desigualdade no cuidar de famílias de classe social mais elevada. De facto, não foram encontrados estudos neste sentido o que, inicialmente, poderia parecer uma limitação. No entanto, ao longo da análise dos artigos, ficou claro e está documentado que pode existir desigualdade quando cuidamos de pessoas com culturas e subculturas diferentes das nossas. Ficou claro que as características socioeconómicas de uma criança/jovem/família a tornam diferente de todas as outras e têm impacto na forma como cuidamos delas. Ficou claro também que, para que isso não aconteça, os profissionais têm de se mostrar sensíveis às diferenças do outro, educar-se e formar-se, para ultrapassar as barreiras culturais e desenvolver estratégias que lhe permitam ser culturalmente competentes.

Uma das grandes limitações da presente *Scoping Review*, é a data de publicação dos artigos, dado que se desejaria que fossem mais recentes. Contudo, depois da exaustiva pesquisa bibliográfica em bases de dados e posterior primeira leitura de todos os artigos encontrados, e tendo em conta os critérios de inclusão, estes foram os que demonstraram ser os mais ricos e trazer mais contributos não só para a *Scoping Review*, como para a realização das reflexões de estágio como, também, para o enquadramento conceptual do relatório.

Saliento que todos os artigos apresentados deram uma enorme fundamentação e riqueza não só à *Scoping Review*, mas ao relatório, pois todos tiveram grande pertinência e todos se relacionam com a problemática em estudo e responderam à questão de pesquisa: Como sensibilizar os enfermeiros para o desenvolvimento de um cuidar culturalmente competente à criança/ao jovem e família? Foi comum em todos os artigos a constatação do aumento da diversidade

cultural nos serviços de saúde. Como tal, a necessidade de preparação com formação e educação dos profissionais de saúde, para além da vontade própria dos mesmos em conhecer, explorar e intervir de forma culturalmente competente e sensível em famílias de diferentes culturas e subculturas, foram necessidades apontadas pelos diferentes autores como medidas urgentes. A formação dos enfermeiros é indispensável para a obtenção de profissionais culturalmente informados e competentes. Para tal, o contributo da Enfermagem Transcultural, lado a lado com o *Sunrise Model* são apontados como imprescindíveis para uma prestação de cuidados de qualidade e culturalmente congruente. Foi unânime, também, que a principal barreira a uma prestação de cuidados culturalmente competente é a barreira da comunicação, principalmente quando a língua do profissional de saúde é diferente da do doente. Praticamente todos os artigos destacam a importância de 5 elementos nos quais assenta o desenvolvimento da competência cultural: • consciência cultural; • conhecimento cultural; • habilidade cultural; • encontro cultural; • desejo cultural. Os artigos que não mencionam estes componentes, na verdade, acabam por mencionar um ou outro dos seus elementos, como capitais para cuidados culturalmente congruentes. Achei interessante apenas 1 artigo ter invocado a capacidade emocional, nomeadamente a capacidade para manter o positivismo para responder e controlar as emoções para que não se prejudique a comunicação intercultural. Um dos artigos apresenta uma ferramenta, a *Lee Cultural Sensitivity Tool: Hispanic Version*, que se encontra em anexo V, um instrumento que adaptado pode muito bem ser utilizado entre os enfermeiros, em qualquer contexto de prestação de cuidados, para suscitar o aumento de conhecimento cultural, a reflexão e a discussão de exemplos de especificidades culturais. Os artigos selecionados identificaram e caracterizaram vários elementos para desenvolver a competência cultural, identificando, primeiro, as várias barreiras ao seu desenvolvimento e, depois, elaborando estratégias.

É fundamental não rejeitar ou criticar depreciativamente os costumes, valores, crenças, religiões e práticas de saúde tradicionais, nem tão pouco considerá-los como nocivos ou descabidos. Evitar sobrevalorizar as intervenções ou técnicas biomédicas como indiscutivelmente as mais acertadas para prevenir ou tratar a doença. Tais apreciações, algo etnocêntricas, podem conduzir à evicção dos profissionais de saúde, e à rejeição de factos científicos. Os enfermeiros são, assim, desafiados a ultrapassar o choque cultural e a trabalhar a sensibilidade cultural.

CONCLUSÃO

Promover a saúde das crianças/dos jovens, exige a consciência, o conhecimento, a compreensão, a habilidade para intervir, o encontro e o desejo cultural. A grande diferença entre os enfermeiros e o resto da sociedade é que têm a oportunidade para intervir competentemente na diferença, para pôr fim a preconceitos, a juízos de valor ou mesmo a opiniões descabidas e impertinentes, e é através do seu íntimo contacto e da sua relação com crianças/famílias de nacionalidades, religiões, etnias, raças, classe social, etc., diferentes que estão perto de consegui-lo.

Os enfermeiros podem, assim, tornar-se importantes atores no desafio que é dissipar os estereótipos e preconceitos dos cuidados de saúde. A detenção da competência cultural melhora os resultados e a satisfação das famílias, uma vez que muitos grupos etnoculturais valorizam a qualidade relacional e, portanto, o cuidado altamente interpessoal.

A prestação de cuidados centrados na família é a linha orientadora para o cuidar e a melhor forma de honrar a diversidade cultural, étnica e socioeconómica. É imperativo que o cuidado culturalmente competente seja considerado e praticado como um elemento inerente ao cuidar na diversidade cultural. Os enfermeiros precisam ser culturalmente competentes pois a competência cultural promove a boa relação profissional/família, uma relação respeitadora, independentemente do *background* cultural, uma relação genuína e de empoderamento dos pais/cuidadores dos bebés e, acima de tudo, recíproca. A competência cultural desenvolve-se a partir da consciência e sensibilidade cultural dos enfermeiros, mas para isso estes precisam de ter uma mente aberta e mostrar interesse em aprender detalhes sobre culturas diferentes. Realça-se que todos os enfermeiros deviam ter formação sobre a cultura dos doentes, pois quando cuidam de pessoas de diferentes grupos étnicos, os enfermeiros devem ter consciência das suas diferenças e apreciar as especificidades culturais, como os valores, religião e crenças, pois tal refletirá a sua aptidão para promover cuidados culturalmente competentes. Apesar de os enfermeiros deterem conhecimentos médicos e técnicos, mostrarem respeito e humildade, por vezes têm uma abordagem autoritária, falta de habilidades linguísticas e de conhecimento sobre a cultura do doente.

Ficou clara a falha no reconhecimento da visão do mundo do cliente, que poderá resolver-se com o conhecimento e reconhecimento das diferenças culturais, com uma comunicação intercultural eficaz e com a melhoria das políticas de saúde dos hospitais quer sejam públicos ou privados. É de capital importância o desenvolvimento de conhecimento por parte do enfermeiro através de melhores métodos de ensino que, pode passar pela realização de *workshops*. Fica assim evidente a enorme necessidade de formação dos estudantes, dos professores e dos profissionais de saúde para as questões da enfermagem transcultural. A educação dos enfermeiros para o conhecimento das diferenças culturais, para a consciência cultural, bem como para estratégias que permitam contornar barreiras no cuidar de pessoas de culturas diferentes, pode passar pela implementação de novas políticas e a reformulação de algumas já existentes nos próprios serviços onde se prestam cuidados, podem conduzir a uma maior segurança e sensibilidade dos doentes e dos próprios profissionais. Adaptar e personalizar, reconhecendo e respeitando as diferenças do cliente de acordo com o seu contexto cultural e não tentar impor a própria cultura permite uma prestação de cuidados culturalmente congruentes.

A barreira da língua pode comprometer o cuidar e é a barreira que mais impacto tem nos cuidados de saúde. A comunicação ineficaz, particularmente nos cuidados de saúde, pode contribuir para cuidados inadequados, estereotipados ou negligentes, além de desentendimentos entre a equipa, sendo que a relação enfermeiro/doente pode ficar comprometida, além de suscitar insatisfação tanto do profissional como do doente, ansiedade e incerteza. As habilidades de comunicação destacam-se como estratégias para combater as dificuldades de comunicação entre enfermeiros e doentes que não falam a mesma língua. As estratégias para melhorar os cuidados na diversidade cultural devem, assim garantir que os enfermeiros compreendam e desenvolvam habilidades de comunicação interculturais. O desenvolvimento de conhecimentos, habilidades e atitudes deve permitir que os enfermeiros atendam às necessidades de doentes de diferentes origens culturais. Existe oportunidade de mudança quando existe um encontro cultural entre o doente e o enfermeiro.

Consciência cultural, conhecimento cultural, capacidade/habilidade cultural, encontro e desejo cultural são as componentes fundamentais para o desenvolvimento da competência cultural, pelo que devem ser inerentes à prestação

de cuidados na diversidade cultural, apesar das inevitáveis barreiras de comunicação, crenças, religião, de classe social.

IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA

As Iniciativas para o futuro passam pela implementação de ações de sensibilização e formação sobre competência cultural na formação em serviço, na integração de novos enfermeiros e de alunos de enfermagem no serviço, bem como pelo registo assíduo, em processo clínico informático do doente e durante a transmissão de informação a outros enfermeiros, das particularidades culturais e subculturais pertinentes que possam interferir/restringir a prestação de cuidados. A discussão regular no seio da equipa sobre sentimentos, emoções e/ou dificuldades sentidas no cuidar de famílias com determinadas especificidades culturais e subculturais surge como imprescindível para uma prática futura de qualidade.

Não há dúvidas de que a prática de cuidar ficará muito mais rica, sensível e competente quando assente na consciência das diferenças culturais, na importância de aprofundar e cimentar o conhecimento cultural; na imprescindibilidade de trabalhar a aptidão para a relação intercultural; no exercer o cuidar com habilidades interculturais, encontrarmo-nos, efetivamente, com o outro de quem cuidamos, por entre as diferenças de ambos e o desejo desse encontro. Existem modelos e estratégias a adotar para desenvolver a competência cultural e ta deve ser incitado na prática profissional durante o trabalho diário de equipa. Dois dos artigos analisados mencionaram *kits* de ferramentas que, no futuro poderão ser explorados e trabalhados e adaptados para se poder materializar e implementar no serviço onde exerço funções: *Lee Cultural Sensitivity Tool: Hipanic version* (Lee, Anderson & Hill, 2006) e o *Cultural competency Tool Kit* (Barbara Siebert, Kathy Holloway & Pamela Gilbert, 2012).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Barbara Siebert, D. N. P., Kathy Holloway DNP, R. N., & Pamela Gilbert, D. N. P. (2012). A transcultural immersion experience: implications for nursing education. *ABNF journal*, 23(4), 81.
- Berlin, A., Nilsson, G., & Törnkvist, L. (2010). Cultural competence among Swedish child health nurses after specific training: A randomized trial. *Nursing & health sciences*, 12(3), 381-391.
- del Pino, F. J. P., Soriano, E., & Higginbottom, G. M. (2013). Sociocultural and linguistic boundaries influencing intercultural communication between nurses and Moroccan patients in southern Spain: a focused ethnography. *BMC nursing*, 12(1), 14.
- Dunn, A. M. (2002). Culture competence and the primary care provider. *Journal of Pediatric Health Care*. 16(3). 105-111.
- El-Amouri, S., & O'Neill, S. (2011). Supporting cross-cultural communication and culturally competent care in the linguistically and culturally diverse hospital settings of UAE. *Contemporary Nurse*, 39(2), 240-255.
- Hendson, L., Reis, M. D., & Nicholas, D. B. (2015). Health care providers' perspectives of providing culturally competent care in the NICU. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 44(1), 17-27.
- Hockenberry, M. & Wilson, D. (2014). *Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente*. (9ª ed.). Loures: Lusociência.
- Jirwe, M., Gerrish, K., Keeney, S., & Emami, A. (2009). Identifying the core components of cultural competence: findings from a Delphi study. *Journal of Clinical Nursing*, 18(18), 2622-2634.

- Lee, C. A., Anderson, M. A., & Hill, P. D. (2006). Cultural sensitivity education for nurses: a pilot study. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 37(3), 137-141.
- Leever, M. G. (2011). Cultural competence: Reflections on patient autonomy and patient good. *Nursing ethics*, 18(4), 560-570.
- Leininger, M. M. (1988). Leininger's theory of nursing: Cultural care diversity and universality. *Nursing Science Quarterly*. 1(4). 152-160.
- Leininger, M. (1990). Ethnomethods: the philosophic and epistemic bases to explicate transcultural nursing knowledge. *Journal of Transcultural Nursing*. 1(2). 40-51.
- Leininger, M. (1991). *Culture Care Diversity and Universality: a theory of Nursing*. New York: National League for Nursing Press.
- Leininger, M. (2001). *Culture Care Diversity and Unversility: a theory of Nursing*. Boston: Jones an Barlett Pubs.
- Munoz, C., & Luckmann, J. (2005). Culturally competent care: Transcultural differences in response to pain. *Transcultural communication in nursing*.
- Peters, M., Godfrey, C., McInerney, P., Soares, C., Hanan, K., & Parker, D. (2015). The Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual 2015: Methodology for JBI Scoping Reviews.
- Pinto, J. P., Ribeiro, C. A., Pettengill, M. A. M., & Balieiro, M. M. F. G. (2010). Cuidado centrado na família e sua aplicação na enfermagem pediátrica. *Revista Brasileira de Enfermagem*.
- Thibodeaux, A. G., & Deatrck, J. A. (2007). Cultural influence on family management of children with cancer. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*. 24(4). 227-233.

UNICEF. (1990). A Convenção sobre os Direitos da Criança. Para todas as crianças Saúde, Educação, Igualdade, Proteção. *Assembleia Geral das Nações Unidas*. 1-51. Acedido a 12.07.2016. Disponível em https://www.unicef.pt/docs/pdf_publicacoes/convencao_direitos_crianca2004.pdf.

Tavallali, A. G., Kabir, Z. N., & Jirwe, M. (2014). Ethnic Swedish Parents' experiences of minority ethnic nurses' cultural competence in Swedish paediatric care. *Scandinavian journal of caring sciences*, 28(2), 255-263.

Tuohy, D., McCarthy, J., Cassidy, I., & Graham, M. M. (2008). Educational needs of nurses when nursing people of a different culture in Ireland. *International nursing review*, 55(2), 164-170.

ANEXOS

ANEXO I – Medos Normais Mais Frequentes

Idade	Medos normais mais frequentes
0-1 Ano	Estímulos intensos e desconhecidos. Sensações de desamparo, cair e perder apoio. Situações imprevistas. Pessoas estranhas.
2-4 anos	Animais. Tempestades. Banho. Estar longe dos pais. Mudanças do meio envolvente.
4-6 anos	Escuro. Bruxas, monstros e fantasmas. Catástrofes. Medo de se magoarem. Pessoas más. Separação dos pais. Ficar sozinho.
6-9 anos	Acidentes, incêndios, ladrões e da morte. Dano corporal. Ridículo. Notícias dos <i>media</i> .
9-12 anos	Acidentes e doenças. Mau rendimento escolar. Conflito parental. Impressiona-se pelo que ouve e vê.
12-18 anos	Transformações do corpo, mortes e ferimentos do corpo. Catástrofes naturais. Relações interpessoais. Perda de auto-estima.

Adaptado de LELORD, François & ANDRÉ, Christophe (sd; pp. 221-246) e ODRIOZOLA, Enrique (2001, p. 3).

ANEXO II – Termos a Evitar e Termos a Utilizar

TERMOS A EVITAR	TERMOS A UTILIZAR
Injecção, picada de abelha, agulha	Remédio por baixo da pele
Órgão	Lugar especial no corpo
Exame	Ver como (especificar a parte do corpo) está a funcionar
Incisão	Abertura especial, «risquinho na pele»
Edema	Inchaço
Maca	Cama com rodinhas
Fezes	Cocó, ou termo usual da criança
Contraste	Remédio especial
Dor	Magoado; «dói, dói»; desconforto
Sonolento	Dormente, com sono
Tirar (como em «tirar a sua temperatura»)	Ver se está quente
Medir (como em «medir sua pressão arterial»)	Pode apertar um bocadinho; encher com ar «a braçadeira, como a da praia»
Colocar para dormir, anestesia	Sono especial
Cateter	Tubo
Monitor	Televisão
Eléctrodos	Autocolantes
Espécime	Amostra; bocadinho

Adaptado de: HOCKENBERRY, M. J.; WINKELSTEIN, W. – **Wong Fundamentos de Enfermagem Pediátrica**. 7ª ed. Mosby. Rio de Janeiro, 2006.

ANEXO III – Colheita da História da Dor

CRIANÇA	PAIS
Diz-me como é a tua dor	Que palavras o seu filho usa quando tem dor?
Diz-me como foram as tuas dores anteriores	Descreva as experiências anteriores de dor do seu filho
Contas aos outros quando tens dor? Se sim, quando?	O seu filho diz alguma coisa a si ou a outros quando tem dor?
O que fazes quando tens dor?	Como é que sabe que o seu filho está com dor?
Que outras coisas fazes quando tens dores?	Como é que o seu filho reage normalmente quando tem dor?
O que queres que te façam quando tens dor?	O que faz quando o seu filho está com dor?
O que mais te ajuda a passar a dor?	O que faz o seu filho a ele mesmo quando tem dor?
Existe mais alguma coisa em especial que queiras que eu saiba quando tiveres dor? (se sim, a criança que descreva)	O que melhor alivia a dor do seu filho?
	Existe qualquer coisa em especial que gostaria que eu soubesse sobre o seu filho ou a dor dele? (se sim, descreva)

Fonte: ORDEM DOS ENFERMEIROS – **DOR - Guia Orientador de Boa Prática**. 2008.

ANEXO IV – Guia de Dicas para os Pais/Família

– **Em casa**

- **Ouçá atentamente e respeite aquilo que a criança tem para lhe dizer**

Deixar que a criança exprima os seus medos, vai ajudá-la a enfrentá-los melhor, a controlá-los e a libertar-se deles.

É a criança que vai descobrir a forma ou formas de ultrapassar os respectivos medos. É ela que vai construir as próprias estratégias e defesas, mas o diálogo com o adulto vai ajudá-la na medida em que vai alargar o conhecimento que tem de si própria e do mundo e assim contribuir para o seu crescimento pessoal.

A criança vai sentir que não está sozinha e que tem alguém para a ajudar e escutar. Deve garantir-lhe que vai estar com ela e que pode levar para o hospital os seus objectos mais importantes.

O importante é ouvir e, ao mesmo tempo, respeitar os medos e receios da criança, mas tendo o cuidado de não mostrar preocupação e agindo sempre naturalmente.

- **Explique à criança que é normal ter medo**

Depois de escutar atentamente a criança, faça-a ver que ter medo é um sentimento normal e que todas as pessoas sentem ou já sentiram medo em diversas ocasiões da vida.

Fale com a criança sobre os actos médicos e os tratamentos. Se ela já tem idade para falar e exprimir os receios, encoraje-a a colocar as dúvidas aos médicos e aos enfermeiros.

Poderá falar-lhe dos medos que vivenciou quando tinha a idade dela e da forma como os ultrapassou. Poderá falar-lhe sobre os receios actuais e o que faz para os resolver. Isso poderá fazer com que o seu filho se encha de coragem e seja capaz de dominar os respectivos medos. Explique-lhe que a coragem não é deixar de sentir medo, mas ser capaz de vencê-lo.

O importante é mostrar à criança que ela não está sozinha e que ter medo é uma coisa natural, que acontece a toda a gente, a todas as crianças.

- **Ajude a criança a compreender as razões que a levam a ter medo**

Converse com a criança sobre as razões que poderão estar por detrás dos respectivos receios. Pergunte-lhe os porquês e ponha-a a falar sobre o que ela própria pensa que origina os medos. Se já teve experiências anteriores em hospitais e se há traumas, deixe-a verbalizar e comunique aos enfermeiros e médicos para que estes possam actuar consoante a maturidade da criança. Pensando no que poderá estar na origem dos medos, poderá mesmo levá-la a chegar à conclusão que não existe razão para os ter.

- **Valorize a criança por ser capaz de dominar os próprios medos**

Quando a criança ultrapassar determinado medo e for capaz de se referir a ele – «Eu dantes tinha medo daquilo, mas agora já não tenho» –, valorize-a.

A valorização das conquistas da criança vai fazer com que ela sinta satisfação e orgulho em si própria. A criança vai lembrar-se de como se sentiu satisfeita por dominar o medo e com certeza vai tentar consegui-lo novamente.

- **Dê informações à criança**

As cirurgias programadas permitem uma preparação para o internamento. A informação dada pelos pais / família, em casa, deve ser adequada à idade da criança.³

Antes dos 2 anos

As crianças ainda não percebem o que está a acontecer, mas sentem a ansiedade dos pais. O esforço deve recair sobre os próprios progenitores. Pai e mãe devem preparar-se psicologicamente e manterem-se o mais calmos possível. Devem procurar esclarecer as dúvidas junto dos profissionais de saúde. O bebé é susceptível de ficar menos ansioso, se os pais estiverem calmos.

Saiba que os objectos familiares e as pessoas são importantes para o bem-estar da criança. Acompanhe-a sempre ou faça-se substituir por alguém que lhe dê segurança. Leve o cobertor favorito, brinquedo ou chupeta da criança e também o biberão ou copo que lhe é familiar para usar durante o internamento.

Dos 3 aos 6 anos

Apesar do vocabulário da criança se estar a desenvolver rapidamente, as explicações devem ser simples, usando frases curtas para lhe explicar que vai ser operado.

Converse com a criança cerca de 3 dias antes da cirurgia. A criança **com cinco anos** está apta a ter essa conversa 4 ou 5 dias antes da cirurgia.

Fale sobre o hospital. Seja honesto, dando explicações simples. Utilize palavras neutras para o informar dos acontecimentos: maca - «cama com rodas»; anestesia - «cheirinho que faz sono»; sala de indução - «sala do soninho especial»; sala de recuperação - «sala onde acorda».

Como a criança aprende brincando, brincar com ela «aos médicos e ao hospital» é muito útil.

Reforce que a cirurgia é uma maneira de resolver o problema e não um castigo pelo seu comportamento.

Como o conceito pré-escolar de tempo é limitado, reforce a sequência e duração de todos os eventos. Use conceitos de tempo com os quais a criança está familiarizada, por exemplo: «a operação dura menos tempo do que ver um desenho animado».

Seja honesto, especialmente sobre a separação e a dor potencial. Leve para o hospital um brinquedo significativo ou uma fotografia.

Jogue com o seu filho durante a fase pré-operatória para o ajudar a distrair.

Entre os 7 e os 11 anos

A criança tem já uma correcta noção do tempo. Deve informá-la da operação 1 semana antes, para que esta possa planear o internamento. Dê-lhe oportunidade de fazer perguntas e falar sobre as preocupações que nutre. Seja honesto. Explique-lhe o que vai ver no corpo dela depois do procedimento (pontos ou pensos).

Incentive-a a colocar questões ao médico ou enfermeiro, a fim de esclarecer dúvidas e preocupações.

Colabore na dramatização da cirurgia e dos procedimentos que causam medo, construindo o teatro cirúrgico, com recurso ao uso de fantoches ou marionetes, levando a criança a construir significados que lhe permitam compreender melhor o que vai acontecer, as sensações que pode experimentar e a clarificar dúvidas e receios.

Leve para o hospital os seus objectos pessoais (higiene, roupas e chinelos) e material para distração e estudo (CD portátil, computador, consolas de videojogos, livros escolares e outros).

Mais de 12 anos

Os pré-adolescentes devem acompanhar as decisões médicas desde o início. A maioria está em plena luta pela independência e vai querer mostrar-se forte, apesar de ainda precisar da presença dos pais. Os adolescentes preocupam-se com a imagem corporal, a privacidade e as relações com os amigos.

Fale-lhe sobre o que vai acontecer e incentive-o a participar na tomada de decisões. Seja honesto. Incentive o adolescente a esclarecer as dúvidas e preocupações com o médico ou enfermeiro.

Respeite a necessidade de privacidade do seu filho. Leve os seus objectos de higiene, roupas e chinelos.

Aconselhe-o a levar para o hospital o computador, CD portátil com auricular, consolas de videojogos, livros ou jogos de palavras cruzadas, revistas, para se manter ocupado e distraído, o que diminui a ansiedade e ajuda a lidar com o tempo.

Caso o seu filho vá pernoitar no hospital deixe-o decidir se quer que fique com ele.

- **Dê informações aos irmãos ou outras crianças da família**

Os irmãos e as outras crianças da família também podem ter dúvidas. Use uma linguagem simples e honesta para que possam compreender o que lhes explica sobre a cirurgia, nomeadamente sobre o tempo que a criança estará no hospital e sobre as visitas.

- **No internamento**

- Não altere as regras de comportamento e educação. O que não é permitido em casa deve manter-se no hospital;
- Cuide do seu filho, com a ajuda do enfermeiro;
- Ajude o enfermeiro nos cuidados de Enfermagem ao seu filho, segundo a orientação do enfermeiro;
- Sempre que possível, deixe o seu filho tomar decisões.

Quando o internamento ocorre antes e se prolonga para além do dia de realização da cirurgia:

- Personalize o espaço do quarto com algumas fotografias;

- Mantenha as rotinas tanto quanto possível. Se o seu filho costuma dormir a sesta em casa, combine com ele 1 hora de sono durante a tarde no hospital;
- Marque actividades ao longo do dia, uma hora certa para ver um filme ou jogar um jogo. Algo porque valha a pena esperar. Brinque com ele;
- Pergunte aos enfermeiros se a criança pode dar um passeio ao átrio, ludoteca ou cafetaria. Se possível, leve-a a conhecer o hospital;
- Peça ajuda ao médico e enfermeiro e faça com o seu filho um calendário com as datas mais importantes do tratamento: a operação, o último penso, etc. Vá riscando as etapas ultrapassadas;
- Planeie as visitas com os amigos e família para não aparecerem todos ao mesmo tempo e cada um poder passar mais tempo com a criança;
- Tire tempo para si. Mesmo estando a tempo inteiro no hospital, os pais devem guardar alguns momentos para si próprios. Sair e tomar um café ou comer uma refeição fora ajuda a manter o bem-estar.

ANEXO V – Lee Cultural Sensitivity Tool: Hispanic Version

LEE CULTURAL SENSITIVITY TOOL: HISPANIC VERSION

Directions: The following items are clinical situations that may be encountered by nurses. Please choose the best response to each item and indicate by circling:

A. Agree B. Disagree C. Do not know/No opinion

1. As an RN you find yourself working in an outpatient clinic in which many of your clients are newly arrived in the United States from Mexico. Many of them exhibit health beliefs and practices that do not go along with your accepted methods of practice. You feel that as part of your patient education duties it is your responsibility to help them understand the health beliefs and practices commonly accepted here in the United States. You make it a patient goal to guide them to change their behavior and adopt our accepted ways of practicing health.

A. Agree B. Disagree C. Do not know/No opinion

2. You are an RN working in a pediatrics department caring for a very sick, young Hispanic child. The doctor has asked you to assemble the parents to discuss the treatment options for this child. When you and the physician enter the consultation room, you are surprised to find that the child's godparents and aunt and uncle are also in the room. The physician pulls you aside and requests that all but the parents leave during the consultation. You agree with the physician's decision and ask the extended family members to leave during this sensitive discussion.

A. Agree B. Disagree C. Do not know/No opinion

3. You are caring for a young Hispanic mother in the hospital who has just given birth. She is very hungry and asks for something to eat. You request something from the dietary department and they send up a tray containing a fruit plate with cottage cheese, lemonade on ice, and a bran muffin. When you return, you discover that the new mother has only eaten the muffin. You assume that she was not as hungry as expected and send the tray away.

A. Agree B. Disagree C. Do not know/No opinion

4. A young Hispanic man was recently seen in your clinic for abdominal pain. The physician diagnoses a gastrointestinal parasite infection and prescribes medication and diet changes. When the patient returns in three days with worsening symptoms, he tells you that the curandero (folk healer) in his neighborhood told him to drink an herb tea in place of the medication prescribed by the physician. The physician makes it clear to the patient that he must not seek the advice of the curandero in the future. You feel that the physician has gotten his point across, and that the patient will likely heed the physician's advice.

A. Agree B. Disagree C. Do not know/No opinion

5. You work in a public health prenatal clinic where many of your clients are young first time Hispanic mothers. You are very distressed because repeatedly these mothers wait until very late in their pregnancy to seek prenatal care. A coworker tells you that this is to be expected because finances are a real concern for this group of patients. Your coworker wants to approach the clinic director about beginning an informational campaign to help the patients understand about the free services that are available to them. You agree with your coworker that this is likely the cause of the delayed prenatal care, and agree to approach the director together.

A. Agree B. Disagree C. Do not know/No opinion

6. You have been working with a young Hispanic mother who has just given birth to a healthy baby boy. She indicated to you during her last prenatal visit that she intended to breastfeed her baby. During your home visit two days after the baby was born, you are surprised to find the mother feeding the baby formula from a bottle. You are dismayed by the fact that she has apparently changed her mind about breastfeeding her baby. You have had similar experiences with other young Hispanic women. You assume that the mother has changed her mind and that the issue of breastfeeding is a closed subject.

A. Agree B. Disagree C. Do not know/No opinion

7. As a visiting nurse making an initial home visit on a four-day-old Hispanic infant, you find a coin secured on the infant's navel by a band of cloth. You immediately correct the mother's actions and try to educate her to the dangers of placing a dirty object such as the coin on the infant's navel. You warn her about potential infection and ask her to promise not to replace the coin after you have gone.

A. Agree B. Disagree C. Do not know/No opinion

8. Today while working as a nurse in the family planning clinic, your first client is a young Hispanic woman who has very recently given birth. She now has four children under age five. She shares with you that she does not want any more children at this time. She accepts your offer to discuss birth control methods and seems to understand the information that you provide. Several months later she again appears at the clinic and is quite pregnant. You conclude that you had not been effective in educating her about birth control.

A. Agree B. Disagree C. Do not know/No opinion

9. While presenting nutrition information to a group of pregnant Hispanic women, you are surprised to find that most are not getting their recommended daily allowance of milk products. As a group they tend to prefer carbonated beverages and sweetened beverage mixes. You assume that they do not know the importance of getting enough dairy products in their diet. You make plans to increase your efforts at nutritional instruction and will focus particularly on their need to drink an adequate amount of milk each day.

A. Agree B. Disagree C. Do not know/No opinion

10. You are working in pediatrics caring for a very seriously ill young Hispanic child. You approach the parents to offer comfort and support. The father states that the child's illness is God's will and that the child's recovery will only be by God's hand. You offer to provide a medical explanation regarding the child's disease process and treatment plan. You are surprised when the father refuses to hear your explanations and continues to speak only of God's will.

A. Agree B. Disagree C. Do not know/No opinion

ANEXO VI – Diagrama *Sunrise Model*

SUNRISE MODEL

